



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
E.H.S.S.R. SAINTE MARTHE**

53 rue Maurice Cerveaux

51202 ÉPERNAY

MAI 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ETABLISSEMENT HOSPITALIER DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION SAINTE MARTHE	
Adresse	53 rue maurice cerveaux
Département / région	51202 Epernay MARNE / GRAND-EST
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750720534	VIVRE ET DEVENIR VILLEPINTE - SAINT-MICHEL	2 allée joseph recamier 75015 PARIS 15
Etablissement de santé	510000292	ETABLISSEMENT HOSPITALIER DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION SAINTE MARTHE	53 rue maurice cerveaux Bp 34 51202 Epernay

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	60	8

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>HOPITAL D'EPERNAY - Coopération entre le centre hospitalier d'Epernay et l'EH SSR SAINTE-MARTHE pour l'activité d'une diététicienne à hauteur d'un temps de travail hebdomadaire de 3h30.</p> <p>HOPITAL D'EPERNAY - Convention relative à la mise à disposition d'agent de l'EH SSR Sainte-Marthe auprès de la cuisine centrale du Centre Hospitalier</p> <p>HOPITAL D'EPERNAY - Intégration groupement d'intérêt public LOGIPOLE TERRES ROUGES</p> <p>HOPITAL D'EPERNAY - Convention relative à la mise à disposition d'agents de l'EH SSR</p>

Sainte-Marthe auprès du
Groupement d'Intérêt Public « LOGIPOLE TERRES ROUGES » - service
logistique exerçant la fonction d'employée de lingerie

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention de coopération analyses médicales : examens de laboratoire

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention de coopération « Mission d'assistance technique relative à la
maintenance et au conseil à l'achat des dispositifs médicaux

HOPITAL D'EPERNAY

- Engagement de collaboration dans le cadre de la mise en place d'une
filière gériatrique
- Convention de collaboration d'une filière gériatrique définissant les
modalités fonctionnelles de mise en œuvre entre l'EH SSR Sainte-Marthe
et l'hôpital d'Epernay

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention définissant les modalités de collaboration entre l'EH SSR
Sainte-Marthe et la structure d'HAD du centre hospitalier

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention de coopération portage des repas au sein de l'EH SSR
SAINTE MARTHE

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention accès du personnel de l'EH SSR SAINTE MARTHE au
restaurant du personnel d'AUBAN MOET

HOPITAL D'EPERNAY

- Convention de partenariat relative à la formation AFGSU des
professionnels de l'établissement par l'intermédiaire du CHU de REIMS

GROUPEMENT DES COMMANDES

- Convention pour les besoins des établissements adhérents en vue de
mutualiser la réalisation de différents marchés : produits d'entretien,
fournitures de bureau, produits de nutrition et de diététiques

JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie-Soins palliatifs accompagnement Marne)

- Convention d'intervention d'accompagnants des adhérents de
l'Association au sein des patients en fin de vie

ARS

- Convention de collaboration au réseau des urgences de Champagne-
Ardenne dans le domaine de l'organisation et la qualité des soins délivrés
dans le contexte de l'urgence

CLIC DU PAYS DU CHAMPAGNE

- Convention d'intervention du centre local d'information de coordination
gérontologique « CHAMP' AGE D'OR » bénéficiant d'une intervention
hebdomadaire de 6 heures par semaine d'une assistante sociale.

RéCAP

- Adhésion de l'Association RéCAP. Réseau qui a pour objectif global de
favoriser l'accès aux soins palliatifs et de renforcer les liens entre les
acteurs de soins impliqués en soins palliatifs.

Institut Jean Godinot

- Centre de lutte contre le cancer de Champagne Ardenne. Convention d'intervention pour l'expertise et de soutien des patients en matière de soins palliatifs

RéGéCa

- Adhésion au réseau Réseau Régional de Gériatrie de Champagne-Ardenne.

Pharmacie des archers 51200 EPERNAY

- Accord contrat de sous traitance pour la réalisation de préparations magistrales V4

Approvisionnement de médicaments en cas d'urgence

- Conventions de coopération

o Pharmacie des Cépages 51480 DAMERY

o Pharmacie Jean Jaurès 51200 EPERNAY

o Pharmacie du Pressoir 51200 EPERNAY

Groupe KAPA – Clinique d'Eprenay

- Développement de coopération dans la prise en charge des patients ayant besoins de Soins de Suite polyvalent ou en gériatrie

Fondation la Renaissance – Hôpital Villiers Saint Denis 02310

- Convention de partenariat entre l'EH SSR SAINTE MARTHE et l'Hôpital Villiers Saint Denis en vue d'améliorer la continuité et la qualité de la prise en charge des patients entre les deux structures

SMC GODOC

- Développement de la coopération pour l'accès aux patients d'un plateau technique imagerie médical

Convention d'exercice libéral d'une orthophoniste

- Développer les coopérations existantes entre l'EH SSR SAINTE MARHTE et Madame ABROUS, orthophoniste

Fondation caisses d'Épargne RESIDENCE LES TROIS ROSES

- Convention dans le but de formaliser le coopération existante entre les deux établissement suite aux rencontres entre les équipes médicales

Résidence AUGÉ COLIN 51190 AVIZE

- Convention dans le but de formaliser le coopération existante entre les deux établissement suite aux rencontres entre les équipes médicales

Maison d'accueil du CHÂTEAU D'AY

- Convention dans le but de formaliser le coopération existante entre les deux établissement suite aux rencontres entre les équipes médicales

Espace de réflexion éthique régional de Champagne Ardenne

- Adhésion au réseau éthique de Champagne Ardenne

SIEL BLEU

- Intervention pour l'activité physique adaptée des personnes accueillies au sein de la structure

FAUSTEN – AUTO ECOLE

- Convention de coopération pour permettre l'évaluation à la conduite des personnes prises en charge au sein de l'EH SSR SAINTE MARTHE

Réseau qualité des correspondants de Champagne Ardenne RAMSES

- Charte d'audits croisés entre des établissements du territoire Champardenais et le groupe d'auditeurs qualifiés

Association les papillons blancs FOYER JP BRU
 - Convention définissant les modalités de collaboration entre l'EH SSR
 SAINTE MARTHE et le
 FOYER JACQUES BRU dans la prise en charge et l'accompagnement des
 résidents âgés en fin de vie ou ayant besoin de soins palliatifs

CROIX ROUGE FRANÇAISE
 - Convention dans le but de formaliser le coopération existante entre les
 deux établissement suite aux rencontres entre les équipes médicales

Regroupement / Fusion	Changement de nom ASSOCIATION DE VILLEPINTE qui devient depuis le 04/01/2018 VIVRE ET DEVENIR VILLEPINTE - SAINT-MICHEL. Acté à l'assemblée générale de l'association de Villepinte en date du 28 juin 2017.
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Création d'un service d'hospitalisation de jour de 8 places depuis 01/09/2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 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	Personne âgée	Polyvalent	/	Si possible transfert	Complexe	SSR
2	Personne âgée	Affections de la personne âgée polypathologique	/	Si possible transfert	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

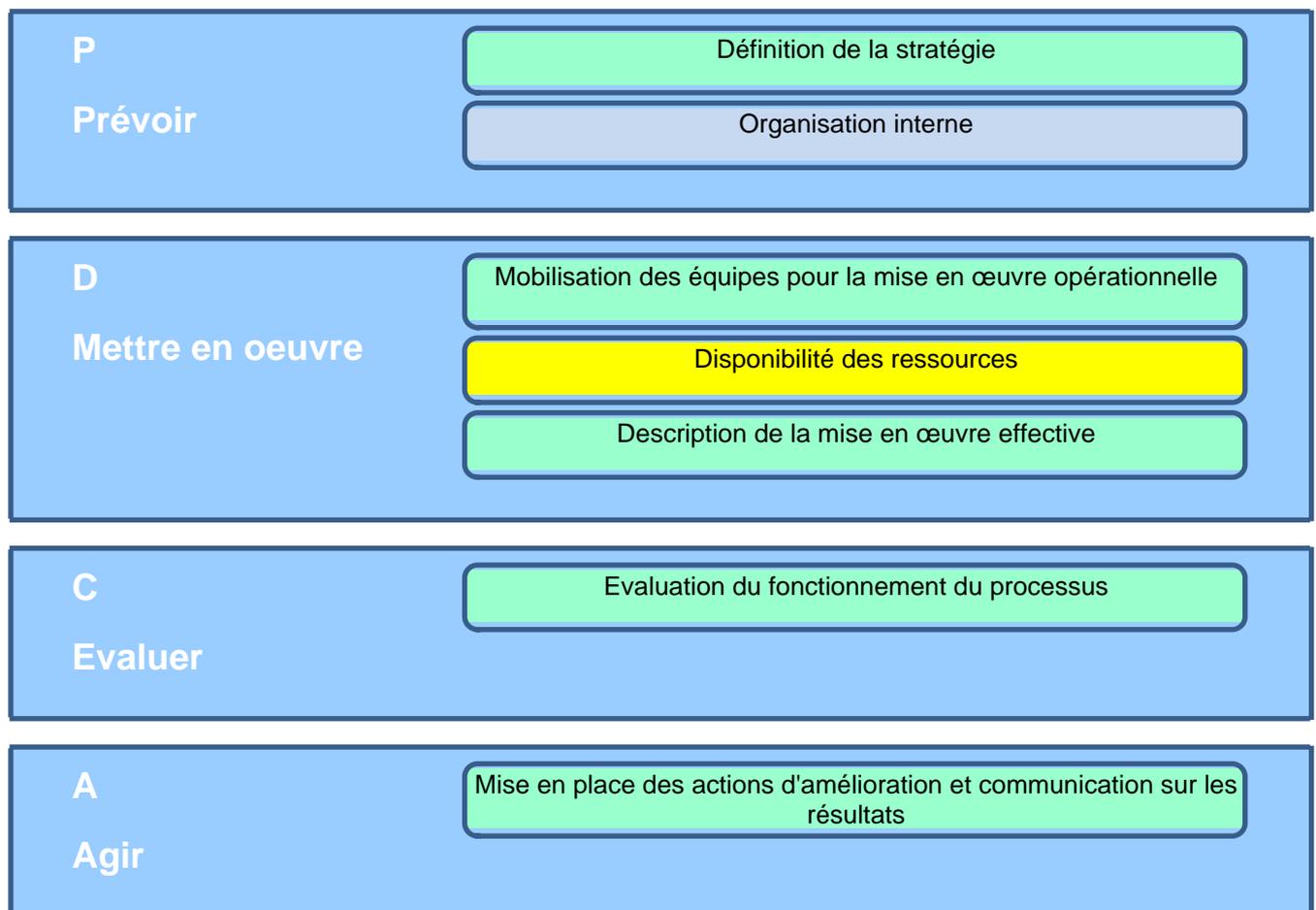
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La politique d'amélioration de la qualité / gestion des risques est inscrite dans le manuel qualité, portée par le management, et principalement déclinée dans le projet d'établissement 2016-2017 qui reprend de manière détaillée les processus de la HAS. Des objectifs sont établis pour chacun de ces processus. Ce projet 2016/2017 est le projet prorogé pour 2019.

Le manuel qualité intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires via la gestion des risques et les vigilances. La gestion de crise est prévue par ailleurs.

La démarche d'évaluation des risques a priori repose sur leur identification pour chacune des grandes thématiques instituées par la certification V2014. Elle est appropriée à la taille de l'établissement, opérationnelle, et permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (compte qualité, PAQSS).

Une analyse des risques a posteriori a été menée avec les professionnels de terrain et personnes ressources (description des processus), notamment à l'aide des fiches d'événements indésirables.

Pour décliner sa politique qualité, l'établissement utilise un plan d'actions par thématique. Ce programme qualité (PAQSS) prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connus.

Il mentionne les objectifs d'amélioration, le pilotage des actions, les délais, les modalités de suivi, l'état d'avancement. Il n'est pas priorisé.

Le manuel qualité, intégrant la politique qualité, a été validé en COPIL ainsi qu'en CME le 05/03/2018.

Le compte qualité a été saisi par la référente qualité en lien avec les pilotes des processus.

ORGANISATION INTERNE

Le COPIL est l'instance de pilotage de la démarche qualité au sein de l'EHSSR Ste Marthe. Le manuel qualité et gestion des risques expose les missions des différentes instances et leur lien avec les thématiques de la certification. Le CODIR est l'instance support qui a un rôle plus stratégique au sein de la structure. La CME est garante du projet médical et supervise les Évaluations de Pratiques Professionnelles. Les sous commissions de la CME sont des instances opérationnelles, coordonnées par le COPIL.

Le rôle et les responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission. Un schéma présente l'organisation du pilotage de la démarche qualité et de gestion des risques.

La référente qualité dispose d'une fiche de poste et de 0,6 ETP dédié.

Les missions de la responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, des vigilants et de la coordinatrice des risques associés aux soins sont également précisées dans une fiche spécifique, avec 0,1 ETP de temps dédié pour cette dernière.

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité et à la charge de travail. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée par des journées en doublon et des petits déjeuners d'accueil. L'association Vivre et devenir organise également des journées d'accueil sur Villepinte, auxquelles sept personnes ont participé en 2018. Elle dispose d'une procédure sur "l'intégration des nouveaux embauchés".

Le programme de formation continue destiné à l'ensemble des professionnels est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement et sur la base de formations obligatoires (gestion de l'urgence, incendie...). Des formations à la qualité gestion des risques sont prévu (méthodes d'analyse des événements indésirables graves : Alarm ou Orion).

Le dispositif de gestion documentaire, mis à jour par la référente qualité, repose surtout sur l'informatique. En cas de panne, des classeurs qualité sont disponibles au niveau de l'administration. Il existe des procédures sur le management de la qualité et des risques : procédure de gestion documentaire, procédure de signalement et de traitement des événements indésirables, procédure de traitement des plaintes et réclamations et procédure concernant la coordination des vigilances (alertes ascendantes et descendantes). La gestion électronique des documents (GED) intègre tous les documents et selon les règles définies dans la procédure de gestion documentaire.

La gestion de crise s'organise autour d'un plan blanc, mis à jour en 2018. Un plan de continuité d'activité, un plan canicule et une procédure de gestion de crise au sein de la direction générale. Un plan de sécurité d'établissement (PSE) est en cours d'élaboration.

Les Locaux et équipements conviennent à l'activité.

Le système d'information repose pour la qualité sur un logiciel adapté.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par la présence des mêmes acteurs dans les comités et groupes de travail, compte tenu de la taille de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement rend inutile des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme institutionnel. La déclinaison opérationnelle du PAQSS est structurée, placée sous l'égide de la cadre de santé, des référents ou du top management.

La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins repose principalement sur leur présence aux réunions institutionnelles, les cafés qualité, groupes de travail ou réunions de service et leur engagement comme référent.

Des actions périodiques d'évaluation (audits, CREX...) ont lieu en SSR.

Les agents impliqués dans les groupes y participent et sont informés des résultats.

Suite aux EPP, audits et à l'analyse des événements indésirables, des actions correctives sont déployées. Elles font le cas échéant l'objet d'observations des soignants, notamment lors des cafés à thème.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement que qualitativement en SSR. La référente qualité et la cadre ont été formées à la méthode d'analyse des EI graves (méthode Alarm choisie par l'association, et/ou méthode Orion).

Les professionnels sont « formés » ou sensibilisés par la cadre et les réunions d'info. Une formation des pilotes a eu lieu en 2018 ainsi qu'une sensibilisation sur la méthode Orion et l'annonce d'un dommage lié aux soins.

Un tutorat (de quelques jours) est en place pour les nouveaux arrivants.

La gestion documentaire (procédures, protocoles, sous format numérique) est accessible à tous les secteurs d'activité. Cependant, elle est en partie actualisée. Certains documents ne sont pas mis à jour depuis plus de 5 ans, contrairement aux objectifs fixés, par exemple la fiche de poste de la secrétaire de direction (2013), alors que son poste a évolué avec les missions de référente qualité. De plus, les professionnels ne sont pas régulièrement formés à son utilisation.

Les règles concernant la prescription et l'administration des médicaments sont incomplètes ou non réévaluées :

- Un logigramme définit le processus de prescription du médicament mais il n'existe pas de procédure précisant les documents de références, les modalités et évaluation des risques liées à cette étape.

- Un logigramme définit également le processus d'administration du médicament toutefois la procédure de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments datant de novembre 2013 n'a pas été réévaluée et actualisée et ne prend pas en compte l'évolution de la prise en charge ; pas de modalités concrètes sur l'administration des injectables et des risques liés aux interruptions de tâches.

- La fiche technique concernant les médicaments à risques date de novembre 2013 et n'a pas été réactualisée.

Les locaux et matériels sont adaptés à l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de gestion documentaire est globalement opérationnel et connu. Cependant, lors des rencontres terrain, une partie des professionnels n'a pas été en mesure de retrouver certains documents ou d'accéder à l'intranet, sans aide. La base documentaire comporte parfois deux versions de protocoles, comme par exemple pour la procédure de déclaration de maltraitance.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. Il permet une analyse des causes profondes le cas échéant, selon la méthodologie Alarm, en y associant les acteurs concernés. Les signalements sont nombreux (104 en 2018, 144 en 2017, 101 EI en 2016) et l'analyse permet d'identifier des actions d'amélioration. Les professionnels rencontrés ont eu l'occasion d'utiliser les fiches d'événements indésirables, seuls ou en se faisant aider.

Une procédure "Organisation de la veille sanitaire et des formations individuelles" a été mise en place en 2018. La veille réglementaire est assurée par la direction (de l'établissement et du siège de l'association), en lien avec la référente qualité.

La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques repose sur le Copil (nombre limité d'acteurs vue la taille de l'établissement).

Il n'y a pas de transfusion sanguine dans l'établissement.

Les professionnels se mobilisent pour appliquer avec rigueur les procédures en place.

Les interfaces entre les services, avec les cabinets des médecins libéraux, avec les structures d'aval et les établissements de santé partenaires sont organisées.

Les représentants des usagers participent, au travers des propositions qu'ils peuvent faire, à la politique qualité / sécurité des soins, notamment (et principalement) dans le cadre de la CDU.

Les instances ou le COPIL qualité se réunissent depuis 2018 en fonction de la périodicité prévue. Ils sont les vecteurs de la mise en œuvre effective de la qualité et de la gestion des risques. La traçabilité des actions comme des instances est assurée par les compte-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'organisation de l'établissement permet le déploiement et la mise en œuvre de 5 démarches d'EPP, avec un engagement assez effectif des professionnels.

L'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la CDU, est effective.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est effective et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge en lien avec la CDU.

Cependant, le dispositif de gestion documentaire est partiellement évalué. La seule évaluation retrouvée concerne la connaissance du dispositif de GED par les professionnels.

De plus, il n'est pas retrouvé de tableaux de bord comprenant des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement. Cette absence est confirmée par l'indicateur hôpital numérique relatif au pilotage médico-économique (D 5), de valeur nulle.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les pilotes et les professionnels concernés donnent lieu à des actions d'amélioration intégrées dans le plan d'actions du processus.

Le réajustement du programme qualité / gestion des risques en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus est réalisé, au moins une fois par an

Les résultats sont communiqués aux professionnels par l'encadrement lors de réunions formelles (cafés à thème, réunions de services) ou informelles et par le biais des instances.

Les EPP sont communiquées en CME.

Les résultats de la politique qualité sont transmis :

- auprès des professionnels via les réunions et sur intranet
- auprès des usagers : livret d'accueil, affichage, site internet

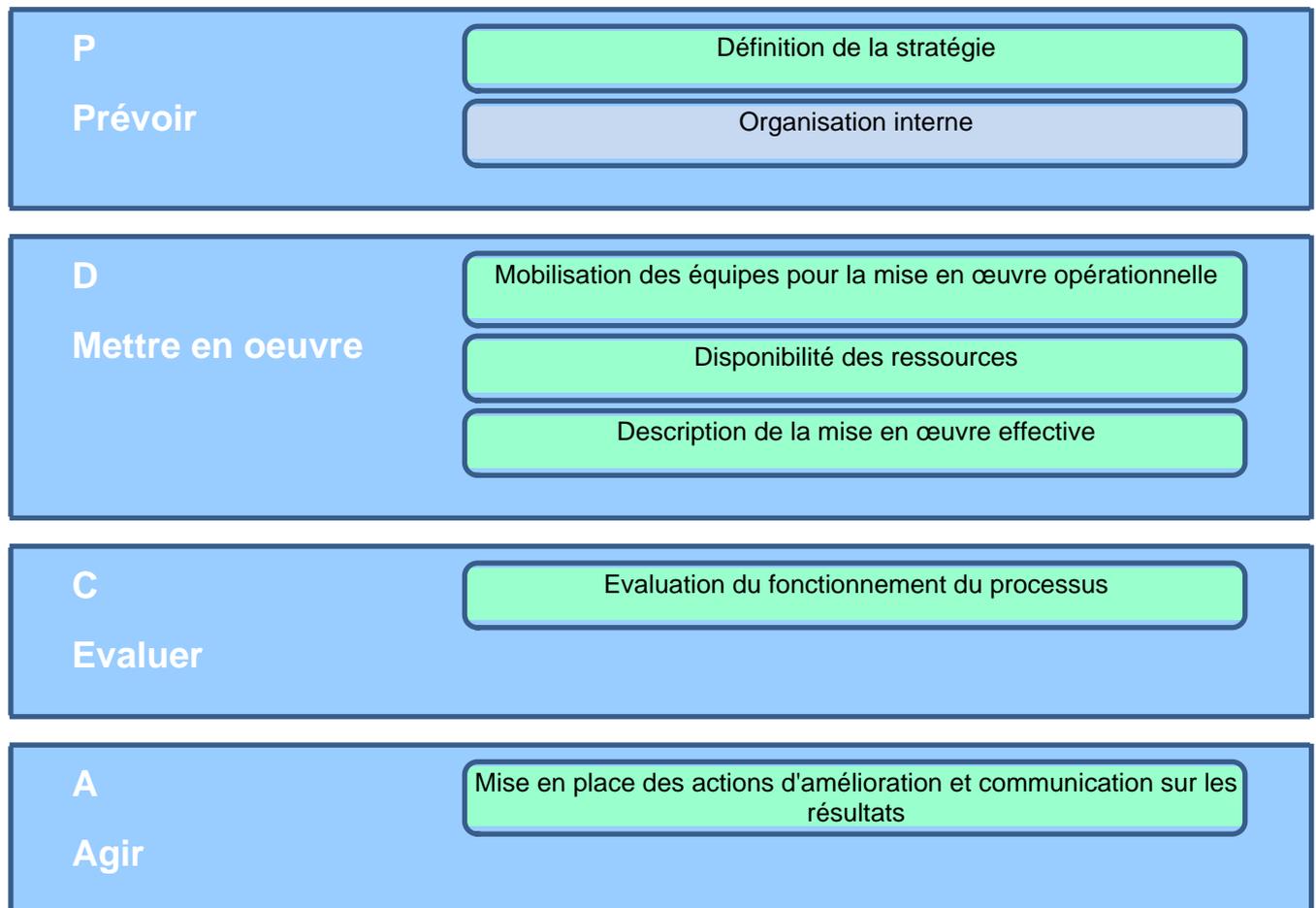
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2016-2017, aborde dans un chapitre spécifique sur le respect des droits du patient. Il y fait référence au travers de chaque critère du manuel de certification. La CDU est associée au traitement des cas de maltraitance et informée des plaintes et réclamations.

Cette stratégie s'appuie également sur les valeurs de la charte de l'association Villepinte.

L'identification des besoins tient compte des pratiques professionnelles notamment celles induites par l'intégration de nouveaux locaux, des résultats des audits internes, des résultats des enquêtes de satisfaction.

L'analyse des risques est réalisée au niveau de l'établissement conformément à la méthodologie HAS. Trois familles de risques ont été identifiés dans le compte qualité. Cet état des risques a depuis été mis à jour.

Les actions définies dans le compte qualité sont reprises dans le PAQ « Droits des patients », outil de suivi commun et partagé. Les responsables, échéances et modalités de suivi de ces actions sont précisés.

La stratégie de l'établissement en matière de droits des patients a été validée par la CDU et la CME (via le projet d'établissement).

Le compte qualité a été saisi par la référente qualité en lien avec la pilote du processus.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « Droits des patients » est assuré par la directrice, présidente de la CDU.

Le déploiement des actions de bientraitance s'effectue notamment par l'intermédiaire de référents (sur l'éthique, les soins palliatifs ou les directives anticipées par exemple).

Au regard des soins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires et organise la formation ou la sensibilisation des professionnels aux droits des patients. Le plan de formation 2018 prévoyait une action sur "les équipes soignantes face au refus de soins". Quatre cafés à thème ont eu lieu sur la thématique.

Le nouvel arrivant est sensibilisé lors de sa prise de fonctions, et les mentions portées dans son contrat de travail.

Les ressources documentaires (procédure, protocoles) sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé et comprennent les modalités de signalement en cas de maltraitance, les modalités d'accueil de l'entourage (dans la procédure admission - sortie), l'organisation relative à l'information donnée au patient (idem), l'organisation du recueil du consentement éclairé (check-list d'entrée de l'infirmier), et le cas échéant du refus de soin, le processus d'information en cas de dommage lié aux soins, l'accès du patient à son dossier, les modalités d'exploitation des réclamations des patients et proches, les modalités de la demande personne de confiance et personne à prévenir ainsi que les directives anticipées, la procédure de la mise en place des contentions et de restriction de liberté, la remise du livret d'accueil.

Les besoins en locaux, matériels et équipements sont identifiés et permettent d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients : chambres individuelles uniquement, bureau d'accueil.

La signalétique revue récemment permet aux usagers de s'orienter facilement.

L'établissement diffuse l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge des patients dans le livret d'accueil. La charte du patient hospitalisé y figure, de même que dans les services.

La gestion des interfaces notamment entre la direction, la CDU, le réseau éthique régional, les services médicaux et médicotechniques, est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels, ce qui permet l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction, pilote du processus, décline avec le cadre les objectifs et les actions relatifs aux droits des patients sur les deux étages.

La sensibilisation des équipes est effectuée lors de réunions de service et les cafés à thème (information sur le retour des questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations par exemple), ainsi que l'organisation de la mise en œuvre des actions d'amélioration. Le top management veille à la bonne application des procédures et évalue l'impact sur l'amélioration des résultats à travers notamment la réalisation d'audits ou évaluations programmés avec la référente qualité (audit sur la présence de la personne de confiance et la personne à prévenir dans les dossiers des patients par exemple).

Les résultats sont restitués aux équipes et des actions d'amélioration sont planifiées et inscrites dans le programme qualité.

Les professionnels se sont également mobilisés pour mettre en place des actions d'amélioration

concernant cette thématique, autour de la bientraitance par exemple.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (en termes d'effectifs et de formation) sont disponibles sur les 2 étages. Les personnels soignants, les personnels rééducatifs sont en place pour offrir un accueil personnalisé et un soutien à l'entourage, si besoin. Les formations et sensibilisations réalisées auprès des professionnels intègrent la dimension des droits des patients.

Les professionnels ont à leur disposition les protocoles ou procédures portant sur les droits des patients : déclaration de situations de maltraitance, désignation de la personne de confiance, etc... Les documents sont consultables sur la base de gestion documentaire.

Le patient bénéficie de ressources documentaires concourant à son information (livret d'accueil, affiche, site internet...).

L'ouverture de locaux neufs il y a moins de dix ans garantit un bon confort hôtelier, la dignité et l'intimité (chambres individuelles uniquement).

Les ressources matérielles sont disponibles dans l'établissement. Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap. La signalétique a intégré des inscriptions en braille pour les malvoyants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'accueil du patient et de son entourage est personnalisé dans les situations qui le nécessitent.

La participation du patient dans la construction et la mise en œuvre de son projet de soins personnalisé et, s'il y a lieu, de son entourage, est recherchée, ce que confirme l'indicateur tenue du dossier patient.

L'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est réalisée, elle inclut la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins.

Le recueil de la personne à prévenir, de la personne de confiance, du consentement éclairé, est réalisé et en grande partie tracé dans le dossier du patient.

L'information relative aux directives anticipées est également délivrée et tracée.

Les restrictions de libertés et notamment les contentions font l'objet d'une prescription, d'une réévaluation par les équipes et sont tracées dans le dossier.

La dignité et l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, sont respectées (portes systématiquement fermées et présence mise par exemple).

Les organisations et les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (transmissions dans la salle de soins porte fermée ou protection des informations affichées sur l'ordinateur par exemple).

Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont mises en place selon la procédure, mise à jour en décembre 2018, sur ce sujet.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont réalisées régulièrement.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (service administratif, service de soins, de rééducation).

La CDU s'est réunie 4 fois en 2018 (3 en 2017, 2 en 2016).

L'information du patient hospitalisé sur la CDU et ses droits est assurée dans tous les services (affichage de la charte des droits du patient, de la charte de bienveillance et d'autres chartes) et par le livret d'accueil. Celui-ci décline, dans sa partie « vos droits et devoirs », le droit du patient à l'information médicale, celui de désigner une personne de confiance, les directives anticipées (Volonté), le droit d'accès au dossier médical et aux informations de santé, la non divulgation de présence, informatique et libertés, les plaintes et réclamations, le don d'organes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure périodiquement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation des questionnaires de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient. Le taux de retour des questionnaires est suivi (25 % en 2017), l'analyse faite et restituée aux instances.

Des audits sont réalisés (conformité de la présence de la personne de confiance, bientraitance).

L'évaluation de l'ensemble du processus droits des patients est basée également sur le recueil d'indicateurs de suivis (nombre de plaintes et réclamations, de CDU).

Le suivi des événements indésirables liés aux droits des patients est intégré dans la démarche globale de suivi des indicateurs qualité, respect et droits des patients.

Toutefois, le respect des droits des patients est en partie évalué. Des évaluations ont eu lieu autour de la bientraitance, et avec le questionnaire de sortie sur l'information reçue, la confidentialité, l'intimité et le respect du consentement des soins. Sur les autres critères, comme l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, le respect des bonnes pratiques en matière de libertés individuelles il n'est pas retrouvé

d'évaluations. De plus, l'évaluation du recueil du consentement du patient n'est pas structurée.

A / AGIR

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

Au regard des résultats obtenus, des actions d'amélioration relatives aux droits des patients sont mises en place. Ces actions d'amélioration sont suivies par la référente qualité, conformément à l'organisation en place et leurs avancées présentées en réunion de la CDU. Les résultats sont communiqués selon les canaux habituels aux instances, aux professionnels, à la CDU, et aux usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

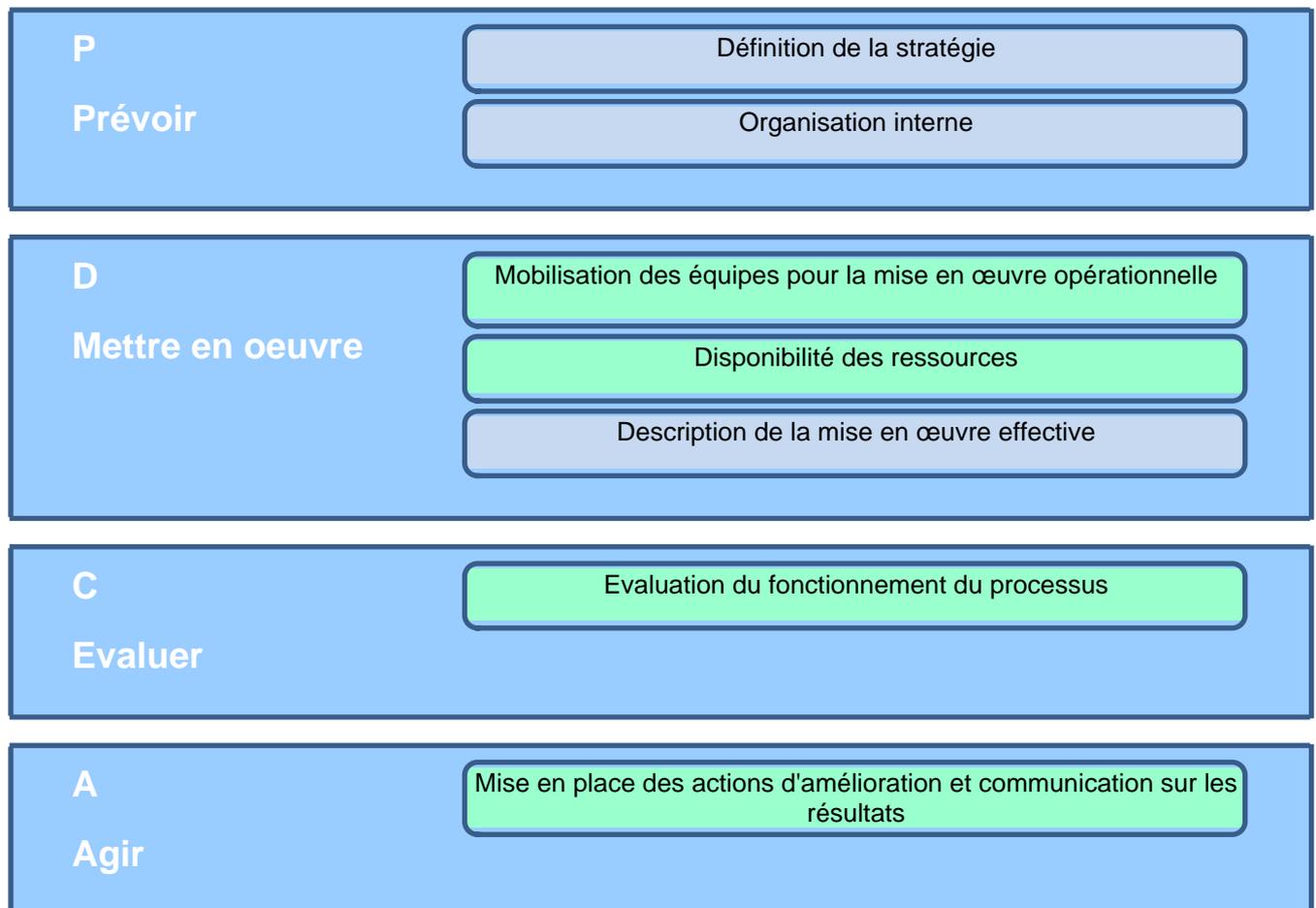
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le service de soins de suite et de réadaptation de l'établissement EHSSR Sainte Marthe fait partie de l'association VIVRE ET DEVENIR VILLEPINTE - SAINT-MICHEL qui gère 19 établissements médico-sociaux et deux établissements sanitaires. La structure est autorisée pour une activité de soins de suite polyvalents et soins de suite gériatriques (60 lits au total) ainsi qu'une activité d'hospitalisation de jour de 8 places. Cet établissement collabore avec le centre hospitalier de EPERNAY et son GHT. Bien qu'il n'appartienne pas au GHT, des mutualisations logistiques sont en place ou en projet. Il fait également partie de réseaux de soins pour la gérontologie, l'infectiologie et la prise en charge palliative. De nombreuses conventions formalisent tous les partenariats. La stratégie de l'établissement prenant en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire est déclinée dans le projet d'établissement 2016/2017 qui a fait l'objet d'un état des lieux et d'une prorogation ainsi que dans le CPOM 2012/17 qui a reçu un avenant en 2017. Cette stratégie énonce la capacité de l'établissement à prendre en charge des patients âgés, polypathologiques, porteurs de maladies chroniques (exemples : cancérologie, troubles neuro-végétatifs, pathologies cardiaques et vasculaires ...) et des patients souffrants de traumatologie et problèmes orthopédiques. La prise en charge se fait à l'issue d'hospitalisation en chirurgie, urgences, médecine et courts séjours gériatriques. Le projet d'établissement décline les objectifs qualité sur toutes les étapes de la prise en charge et sur les éléments d'investigation obligatoire du processus.

Le processus "parcours du patient" est schématisé dans une cartographie du processus (management, opérationnelle, logistique).

L'évaluation des risques sur la thématique a été réalisée pour la seconde fois dans le compte qualité puisque l'établissement a eu son premier rapport de certification V2014 en février 2016. La thématique "parcours du patient" n'avait pas fait l'objet de recommandations lors de la précédente itération. L'identification des risques prioritaires a été réalisée selon la méthodologie attendue et sous le management du comité de direction et du comité de pilotage de la qualité.

Le compte qualité a priorisé des axes d'amélioration en lien avec l'évaluation des risques et la nouvelle cartographie des "risques a priori" réactualisée en 2018. Ces axes d'amélioration portent sur 3 aspects de la prise en charge : rééducation/prévention des chutes /projet thérapeutique, dénutrition/traçabilité/surveillances et transmissions écrites/PMSI. Cette stratégie est validée par le comité de pilotage de la qualité, la CME et le conseil d'administration. Elle est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) qui est élaboré sur un document Excel et utilisé depuis 2014. Il précise les actions à mener et leur source, les pilotes, les échéances et modalités de suivi. Le compte qualité apparaît clairement dans le programme qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Celui-ci est piloté par le médecin chef de service. La mission du pilote de processus est formalisée. La fiche de poste du chef de service est encore en cours de formalisation. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'organisation des ressources humaines est détaillée dans un organigramme qui précise l'existence des postes et des personnes. Sous la direction d'une directrice présente depuis 2 ans et demi (ancienne cadre de santé & directrice des soins), l'équipe pluriprofessionnelle de l'établissement est structurée avec les métiers nécessaires à la prise en charge gérontologique des personnes âgées. Le corps médical est composé de 5 médecins. La prise en charge soignante est organisée avec la cadre de santé, une douzaine d'infirmiers et une vingtaine d'aides-soignants. L'équipe de rééducateurs est composée de kinésithérapeutes (4), psychomotricien, ergothérapeute, éducateur sportif, neuropsychologue, orthophoniste. Il existe un poste de secrétaire médicale, une équipe d'agents de service hospitalier, une assistante sociale et un temps de diététicien et d'art thérapeute. Il existe également un poste de "gouvernante" dont la mission est d'effectuer le lien entre l'établissement et le centre hospitalier d'Épernay pour toute la gestion de la restauration, des commandes et des régimes. À cette équipe s'ajoute du personnel technique et d'entretien, du personnel administratif et le personnel de la pharmacie à usage intérieur soit un total de plus de 72 professionnels.

Des formations sont organisées dans le cadre du plan annuel de formation avec étude des besoins et mise en place de formations sur des thèmes qui ont été préalablement choisis est validés par le comité de direction. Des formations diplômantes sont en cours pour certains professionnels (2 capacités de gériatrie pour 2 médecins et 4 diplômes universitaires de prise en charge palliative pour 2 médecins et 2 infirmiers).

Les ressources matérielles sont organisées dans cet établissement qui a réalisé une construction nouvelle en 2011, pour accueillir les patients dans des chambres individuelles et toutes équipées de sanitaires. La prise en charge est organisée sur 3 unités : 30 lits d'hospitalisation complète au rez-de-chaussée, 30 lits au premier étage et 8 lits de HDJ au premier étage. Il existe un office infirmier par unité de soins, des

locaux pour le retour du matériel souillé, des bureaux, des salons, et salle à manger. Le nouveau bâtiment est adossé à l'ancien bâtiment qui héberge entre autres, le service de soins à domicile géré par la Croix-Rouge. Les ressources matérielles en termes d'équipements ont été organisées en lien avec la prise en charge : lits médicalisés, fauteuils roulants, fauteuils de repos, matériel de transfert, de pesée, chariots de soins. Le dossier de soins du patient est entièrement informatisé et contient également l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce dossier a fait l'objet d'un changement en 2016 pour mieux correspondre aux besoins. Les équipements informatiques chariots de soins sont prévus pour réaliser la traçabilité du dossier au plus proche du patient.

Les ressources documentaires sont organisées avec un logiciel type intranet. Les procédures ou protocoles sont prévus pour le parcours du patient et en particulier, il existe un document formalisant l'intégralité de la prise en charge depuis la pré-admission jusqu'à la sortie du patient.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité pour, entre autres :

- Le laboratoire d'analyses médicale avec accès aux résultats dans le DPI ;
- Les résultats d'imagerie et courriers médicaux externes scannés dans le DPI ;
- Les documents administratifs et désignation de la personne de confiance également scannés ;
- Les interfaces entre l'équipe opérationnelle d'hygiène interne et le réseau externe avec l'antibiothérapie et les praticiens infectiologues (CEPIAS) ;
- Les interfaces logistiques avec la blanchisserie ;
- Les interfaces avec la restauration du centre hospitalier prestataire : logiciel spécifique de gestion, personnel de liaison et commission « menus » ;
- Le lien avec les différentes instances : CLAN, CDU, COMEDIMS... ;
- Les interfaces avec le service de biomédecine du centre hospitalier et le personnel de maintenance de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux 3 unités, sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le plan d'action institutionnel est mis en œuvre. Pour l'année 2018, des actions d'amélioration ont été planifiées et mises en œuvre, par exemple : formation sur la maladie d'Alzheimer, EPP sur la dénutrition, réalisation de patients traceurs, organisation des locaux d'accueil...

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans la prise en charge du patient sur l'activité soins de suite et réadaptation. Les actions de sensibilisation sont définies au comité de direction et validées en comité de pilotage. Ces sensibilisations concernent tout travail réalisé sur l'identification des risques et sur le management du processus parcours du patient. Ces informations transmises au personnel sont structurées (diaporamas présentés et supports visibles sur l'intranet) et présentées aux équipes lors des temps d'échanges choisis le matin à la pause du personnel et intitulé « café à thème ». Concernant la prise en charge des patients, l'équipe pluridisciplinaire se retrouve en staff chaque semaine par unité et par patient.

Le management s'assure de la conformité des pratiques avec des audits réguliers dont la trame et le rapport d'audit sont standardisés sur la prise en charge du patient. 3 EPP ont été redynamisées avec la nouvelle équipe en place depuis 2017, à savoir la prise en charge nutritionnelle, la prévention et la prise en charge des chutes et enfin la traçabilité dans le dossier pour le projet de soins individualisés et le PMSI.

Les EPP sont en cours d'évolution et d'évaluation. Les audits sont réalisés et font l'objet d'une diffusion du compte rendu. Les actions d'amélioration sont identifiées et intégrées au PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles. Les médecins au nombre de 5 se répartissent les lits selon une sectorisation et assurent la gestion de leurs remplacements pour les congés. Les 2 unités les 30 lits sont également sectorisés avec deux ailes par unité. Chaque unité est dotée de 2 infirmières ou infirmiers le matin et un IDE le soir ainsi que 4 aides-soignantes le matin et 2 le soir. La nuit il y a actuellement une infirmière et 2 aides-soignantes. Le dispositif d'appel malade est opérationnel.

L'équipe de rééducations et pluridisciplinaires intervient selon l'organisation définie pour être au chevet des patients. La gestion des plannings de travail est réalisée par le cadre de santé qui remplace les professionnels absents en faisant appel à un pool de remplacements dont certains professionnels sont des anciens étudiants et stagiaires dans l'établissement. L'hôpital de jour possède son organisation avec les interventions de professionnels externes (art thérapeute, esthéticienne) et les interventions des éducateurs salariés sur leur temps imparti. Ce service est coordonné par un infirmier coordonnateur et un médecin.

Le plan de formation 2018 a été mis en œuvre avec des formations sur le thème de la prise en charge des patients (exemples : AFGSU, DU soin palliatif, formation au refus de soin, formation concernant le tutorat des stagiaires, formation sur l'accueil du patient, formation sur l'alimentation de la personne âgée, formation sur l'éducation thérapeutique du patient).

Les ressources en matériel sont mises à disposition, utilisées et entretenues : lève malade, lits

médicalisés, plate-forme de pesées, matériel de surveillance des paramètres vitaux, matériel pour l'administration des injectables ou des alimentations entérales et parentérales... certains matériels spécifiques sont loués pour une prise en charge particulière avec la formation à l'utilisation et la maintenance. La rééducation s'effectue sur le plateau technique. Une cuisine thérapeutique et plusieurs salles d'activité thérapeutique sont utilisées dans le service d'hospitalisation de jour. La gestion documentaire est fournie, accessible par voie informatique et utilisée par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est organisé avec une prise en charge qui requiert l'utilisation du matériel d'urgence et l'appel au centre 15 avec lequel l'établissement une convention.

Les demandes d'admissions sont gérées à partir du logiciel "trajectoire" tous les jours dans une organisation entre la secrétaire médicale, la cadre de santé et le médecin chef. À l'arrivée, la prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, et réalisée par l'équipe pluridisciplinaire :

- Observation médicale d'entrée avec bilan médical et traçabilité dans le dossier patient sur la base d'une observation médicale standardisée faisant apparaître la balance bénéfico-risque ;
- Recueil de données réalisé par le binôme infirmiers/aides-soignants est tracé dans le DPI sur une macro cible d'entrée ;

- Bilan des rééducateurs avec évaluation du risque de chute. Une ETP est en phase de démarrage sur ce sujet et son objectif est d'améliorer l'évaluation du patient à son admission dans le cas d'un bilan standardisé, mais également de redéfinir et d'évaluer les constats de chutes pour une analyse pertinente.

- Sur le service d'hospitalisation de jour, les demandes d'admissions sont gérées par le médecin responsable et l'infirmier coordonnateur. Les patients admis en HDJ sont choisis selon un profil (pathologies, autonomie, capacités cognitives...) afin de profiter pleinement de cette prise en charge.

Le projet de soins personnalisé est élaboré à l'admission par le médecin référent et sa traçabilité réalisée dans un espace dédié du logiciel patient intitulé projet thérapeutique individualisé. Ce projet est réévalué régulièrement lors des évolutions et surtout au moment du staff qui a lieu chaque semaine pour chaque unité et la traçabilité est réalisée. En HDJ, le patient est attendu selon un rythme et un calendrier prédéfini pour une prise en charge pluridisciplinaire.

L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est effective dans le cas d'une collaboration entre les médecins, les rééducateurs et les soignants. Dans la mesure du possible les kinésithérapeutes participent au staff ou s'ils ne le font pas, effectuent des bilans réguliers sur les prises en charge oralement avec les médecins référents. La rééducation est réalisée au chevet du patient, mais le plus souvent sur le plateau technique équipé d'une grande salle de rééducation, d'une salle d'ergothérapie et une salle de psychomotricien aménagée avec un espace snoezelen (espace multi-sensoriel).

La traçabilité des observations et soins des professionnels dans le dossier patient est réalisée tout au long de la prise en charge : les observations apparaissent chaque jour selon les modalités du logiciel avec un code couleur (chaque professionnel est identifié par une couleur). La douleur est évaluée, mesurée et tracée chaque jour. Le plan de soins est programmé et mis en œuvre avec les soins infirmiers, les soins d'hygiène et sa traçabilité réalisée en temps réel.

La prise en charge repose sur des réunions pluridisciplinaires et la traçabilité apparaît sur le projet thérapeutique individualisé qui est réactualisé à chaque rencontre. L'établissement collabore avec les réseaux et filières : gériatrie, oncologie, soins palliatifs, risque infectieux et fait appel soit à des équipes mobiles, ou des consultations spécialisées. Certains infirmiers ou infirmières sont référents sur des thèmes transversaux : plaie et cicatrisation, douleur, soins palliatifs, stomathérapie, nutrition.

Les règles de présence des médecins sont établies avec une sectorisation géographique par médecins référents, une gestion des congés et absences, un calendrier d'astreinte médicale 7 jours sur 7 avec présence du médecin d'astreinte quasiment tous les samedis et parfois les dimanches et en fonction des besoins ainsi qu'une accessibilité au dossier patient informatisé depuis le domicile du médecin. Un système d'astreintes est en place. Outre les astreintes médicales, il existe des astreintes administratives assurées par la directrice et la cadre de santé en alternance.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est géré avec la présence de chariot d'urgence par unité et une procédure de contrôle et d'utilisation qui est exécutée toutes les semaines. Les professionnels formés à la prise en charge des urgences font appel aux 15 pour les urgences vitales et/ou les urgences en dehors de la présence des médecins.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels représente une priorité pour l'établissement avec un dispositif structuré :

- Évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée et tout au long de la prise en charge ;
- Suivi du poids et de l'IMC régulier grâce à un équipement de pesées adéquate ;
- La restauration est externalisée en liaison froide et sur place, dans l'établissement une responsable est en charge de faire la coordination auprès des patients afin de leur faire choisir des plats en fonction de leur appétence. Une diététicienne intervient auprès des patients le requérant notamment pour les suppléments hyperprotidiques et textures adaptées ;
- Un comité de liaison (clan) est opérationnel ainsi qu'une commission sur la nature des menus ;
- Une EPP est en cours de réalisation pour améliorer le suivi des prises alimentaires à partir d'une feuille de surveillance qui a été mise en place, puis revue et corrigée.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est formalisée dans un protocole. L'évaluation du risque est réalisée à l'admission par le médecin en charge du patient. Si besoin, l'avis de la neuropsychologue de l'établissement est demandé. Tout risque suicidaire est évalué et pris en charge et notamment avec le réseau de géronto-psychiatrie local.

L'organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique du patient repose sur une évaluation des besoins car la prise en charge de sujets âgés, voire très âgés, pose la question des capacités du patient à suivre ou comprendre une éducation thérapeutique ou éducation à la santé. Certaines actions sont menées à l'intérieur de l'établissement, et en particulier à l'hôpital de jour, afin de promouvoir les capacités de maintien domicile pour les gestes de la vie quotidienne. Les rééducateurs réalisent également des actions d'éducation dans le cadre de la rééducation, remise à la marche, suite d'une traumatologie ou d'un geste orthopédique. L'équipe pluridisciplinaire promeut l'éducation à la santé autant que possible. Il existe une procédure très récente qui définit les principes et modalités ainsi que les patients concernés par l'éducation thérapeutique. Le processus d'éducation thérapeutique est détaillée avec les moyens et si besoin les orientations vers la plate-forme d'éducation et de prévention pour la santé du centre hospitalier d'Épernay. Ce document doit être encore validé et communiqué aux équipes.

La période et les modalités de sortie sont évoquées dès le début de la prise en charge sont réévaluées lors des staffs pluridisciplinaires. La traçabilité du dossier patient est réalisée. La sortie du patient est anticipée et le compte-rendu de sortie ou lettre de liaison est transmis au patient le jour de sa sortie. Les modifications de traitement y sont tracées. Les paramédicaux réalisent une feuille de liaison pour leurs homologues du secteur de ville si besoin. Les transferts pour une hospitalisation font l'objet d'un courrier circonstancié.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la thématique parcours du patient.

Le dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs est en place : les Indicateurs IQSS ont été recueillis sur l'année 2016 et l'année 2018 dont l'indicateur "qualité de la lettre de sortie".

L'établissement s'est fixé un objectif d'évaluations régulières du parcours avec des audits réguliers. Il existe un tableau de planification des audits selon les périodes (pour exemples : audit sur la traçabilité des douches, audit sur la qualité des transmissions ciblées, audit sur l'utilisation des produits d'incontinence, suivi de la prévention du risque d'escarres...). Des rapports d'audit standardisés sont réalisés est présenté aux professionnels.

3 EPP sont en cours sur la prise en charge du patient : troubles nutritionnels, identification et prévention des chutes, dépendance des patients/projet de soins/PMSI. La pertinence des prescriptions de traitements psychotropes commence à être évaluée dans l'EPP sur les chutes. La traçabilité de l'évaluation de la douleur est vérifiée annuellement.

La démarche d'évaluation du patients traceurs a réalisé 2 fois en 2018.

L'établissement a réalisé un rapport d'activité en 2017 sur le nombre et la nature de patients pris en charge.

Le suivi d'indicateurs est réalisé : IQSS, questionnaire de sortie, indicateurs en lien avec les ETP et les audits. Un tableau de bord permettant d'avoir une vision globale sur les avancées qualité-sécurité de soins du parcours du patient est en cours de réflexion.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel qui est réactualisé et présenté au COPIL (Exemples d'actions d'amélioration réalisées ou en cours : révision de la traçabilité des transmissions ciblées, recueil et traçabilité du bilan standardisé de prévention des chutes à l'entrée avec utilisation d'échelles d'évaluation de la marche de l'équilibre...).

Les actions d'amélioration de l'année 2018 sont inscrites dans le PAQSS institutionnel, faisant apparaître l'origine de cette action : le compte qualité, une instance, une FEI ou CREX ou le patient traceur.

La communication des actions menées est réalisée de différentes manières : comité de direction, comité de pilotage avec compte-rendu, communication des bilans annuels des instances, café à thème, affichages et réunions de services.

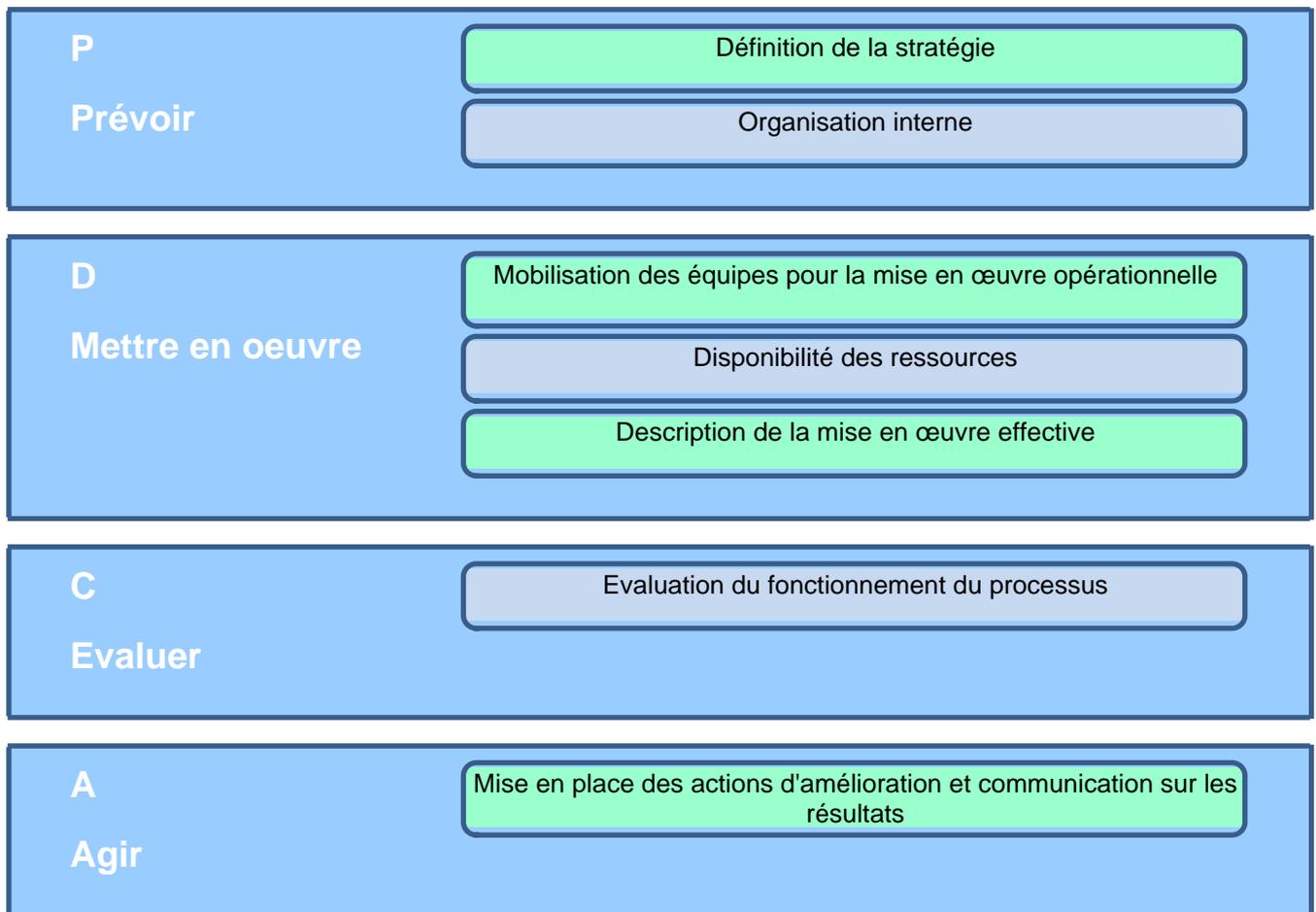
DOSSIER PATIENT

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 stratégie relative au dossier patient est prévue dans le projet d'établissement 2016-2017. Elle est complétée par une politique 2018-2022 élaborée en avril 2018 autour de quatre grands objectifs.

Un seul risque concernant l'interopérabilité entre dossiers informatisés a été identifié dans le compte qualité à partir de l'analyse des événements indésirables et des résultats de l'indicateur IQSS tenue du dossier. Les autres risques identifiés, de gravité moindre, n'ont pas été repris dans le compte qualité.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés en lien principalement avec la politique institutionnelle, les mesures de traitement des risques identifiés et les résultats des indicateurs nationaux (IPAQSS et hôpital numérique) et internes à l'établissement. Trois actions sont actuellement en cours et intégrées au PAQSS. La création d'une interface permettant la récupération des actes de biologie a permis de maîtriser le risque prioritaire.

Le PAQSS comporte un volet "Dossier patient". De même que le compte qualité, il mentionne les objectifs d'amélioration, le pilotage des actions, les modalités de suivi, les délais et l'état d'avancement.

La stratégie a été validée globalement pour le processus par la CME.

Le compte qualité a été saisi par la référente qualité en lien avec la pilote du processus.

ORGANISATION INTERNE

Le processus dossier du patient est piloté par la cadre de santé.

Les demandes de communication de dossier sont supervisées par la direction.

Une fiche de missions générique pour les pilotes de processus a été établie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste, notamment de la secrétaire médicale - TIM.

L'habilitation des professionnels pour l'accès au DPI est établie en fonction de leurs profils.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires, notamment un temps partiel de médecin DIM. La secrétaire médicale (également TIM à hauteur de 0.1 ETP) est responsable de la tenue et de l'archivage des dossiers à la sortie du patient.

Un tutorat est organisé pour les nouveaux arrivants pour la prise en mains du logiciel.

La formation autour du DPI est prévue, notamment dans le plan de formation 2018.

Les ressources documentaires sont identifiées et reposent principalement sur : un guide d'utilisation du logiciel, une procédure dégradée en cas de panne informatique, une procédure d'archivage.

Les règles de tenue du dossier patient informatisé sont précisées dans une procédure (responsabilités, tenue et utilisation des documents informatiques et papier, confidentialité, composition,...).

Le plan de continuité d'activité a été élaboré.

L'accessibilité du patient à son dossier est organisée, l'information pour les droits d'accès est donnée dans le livret d'accueil et par affichage.

Les ressources matérielles (locaux, équipements) sont prévues dans l'établissement. Des contrats avec des sociétés informatiques permettent d'assurer la maintenance préventive et curative. Les données de santé sont hébergées à l'extérieur auprès d'un hébergeur agréé.

La gestion des interfaces et la connexion des applications et des différents logiciels utilisés en interne sont organisées et finalisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : même logiciel pour le dossier administratif et médical, intégration des résultats de laboratoire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de la taille de l'établissement, il n'a pas été nécessaire de décliner le programme institutionnel pour chaque secteur. Au vu des risques et besoins, le top management accompagne ce programme dans l'ensemble de l'établissement.

Le cadre de santé s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles) et effectue des évaluations régulières au moyen d'une grille de recueil sur le contenu du dossier de soins.

Des actions périodiques d'évaluation ont lieu dans les secteurs d'activité, principalement sur la base du recueil des indicateurs IQSS Tenue du dossier patient.

Des actions correctives sont mises en œuvres le cas échéant, en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels correspondent aux besoins.

Ils sont formés à l'utilisation du dossier patient et connaissent les règles de tenue du dossier.

Les nouveaux arrivants sont doublés pendant quelques jours et formés à l'utilisation du logiciel du DPI par leurs collègues ou le référent. La référente qualité forme tout nouvel arrivant à l'utilisation de

l'intranet documentaire.
Des actions d'accompagnement et de formation sont réalisées périodiquement.
Les procédures nécessaires aux prises en charge (règles de tenue du dossier, règles d'accès au dossier, procédure dégradée en cas de panne...) alimentent la gestion documentaire informatisée. L'accès à ces documents est connu des professionnels rencontrés. Une actualisation récente de certains protocoles a eu lieu.
Locaux et matériels sont adaptés à l'activité.
Les ressources matérielles font l'objet d'un investissement régulier et de maintenance préventive et curative. Le dépannage est externalisé, un ordinateur portable tampon permet de répondre aux urgences.
Les locaux, notamment d'archivage, permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité et la préservation de la confidentialité des informations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil (distribué systématiquement à son entrée) et par affichage dans les services. Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective et le respect du délai d'envoi du dossier, défini par la réglementation, est analysé. Ces informations sont partagées avec la CDU.

Toutefois, l'accès du patient à son dossier ne respecte pas les délais réglementaires en 2018. Le délai moyen d'accès au dossier était de 20 jours.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge se fait en temps utile du fait de l'informatisation. La communication avec les correspondants externes est réalisée grâce au compte-rendu d'hospitalisation ou grâce à un dossier de liaison spécifique pour les urgences par exemple.

La confidentialité des informations est respectée dans les secteurs de soins et lors des transports.

Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis la pré-admission, l'admission jusqu'à la sortie. Le logiciel permet aux soignants d'assurer la traçabilité des activités de soins et de surveillance, aux médecins de noter leurs observations. Les prescriptions médicales sont notées par les médecins à partir du logiciel, y compris à distance lorsqu'ils sont de garde. Le dossier permet d'avoir des données actualisées quotidiennement.

L'analyse des différents indicateurs nationaux montre une progression sur la tenue du dossier.

Les interfaces entre secteurs et spécialités (laboratoire de biologie externe notamment) sont opérationnelles. L'interface avec l'imagerie est en cours de développement.

Les professionnels médicaux et paramédicaux utilisent le logiciel de gestion du dossier patient pour assurer la traçabilité de tous leurs actes, observations, diagnostics, plans de soins et transmissions ciblées.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est réalisée en temps réel tant au niveau administratif que professionnels de santé. Ce point est confirmé par l'investigation des patients traceurs et les évaluations de l'établissement.

Cependant, il existe des défauts occasionnels des kinésithérapeutes salariés concernant les bilans pluridisciplinaires d'entrée pour évaluer les capacités locomotrices des patients et le repérage des risques de chutes. La nouvelle organisation du service de rééducation avec un kiné "chef de service" devrait permettre d'améliorer ces défauts occasionnels par une plus grande vigilance ainsi qu'une EPP en cours de mise en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation de la gestion du dossier patient est en place de manière continue, depuis plusieurs années, sur la base d'indicateurs IQSS et d'indicateurs propres à l'établissement. Les IQSS relatifs à la tenue du patient sont également calculés hors protocole, les années sans recueil obligatoire.

Ces indicateurs sont partagés avec les médecins lors des CME et en CODIR.

Des audits spécifiques complètent le dispositif comme par exemple la supervision des dossiers par la cadre de santé au quotidien (audit "Dossier patient au quotidien") et des audits spécifiques du dossier administratif, autour de l'identitovigilance (présence de papiers d'identité dans le dossier, port du bracelet).

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont suivis et communiqués à la CDU.

L'exploitation des résultats nourrit la dynamique d'amélioration continue de la tenue du dossier. Un bilan du processus a eu lieu annuellement avec le rapport d'activité.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, notamment au regard des évaluations réalisées, en lien

avec la CDU.

La stratégie relative au dossier patient a fait l'objet d'une réévaluation en 2018 en fonction du suivi.

Les résultats des indicateurs IQSS sont communiqués par affichage aux professionnels et aux usagers, un lien vers Scope santé est présent sur le site internet.

La communication des autres résultats est réalisée notamment :

- auprès des professionnels via les réunions et les cafés à thème, le bulletin de l'association
- auprès des usagers : affichage, livret d'accueil

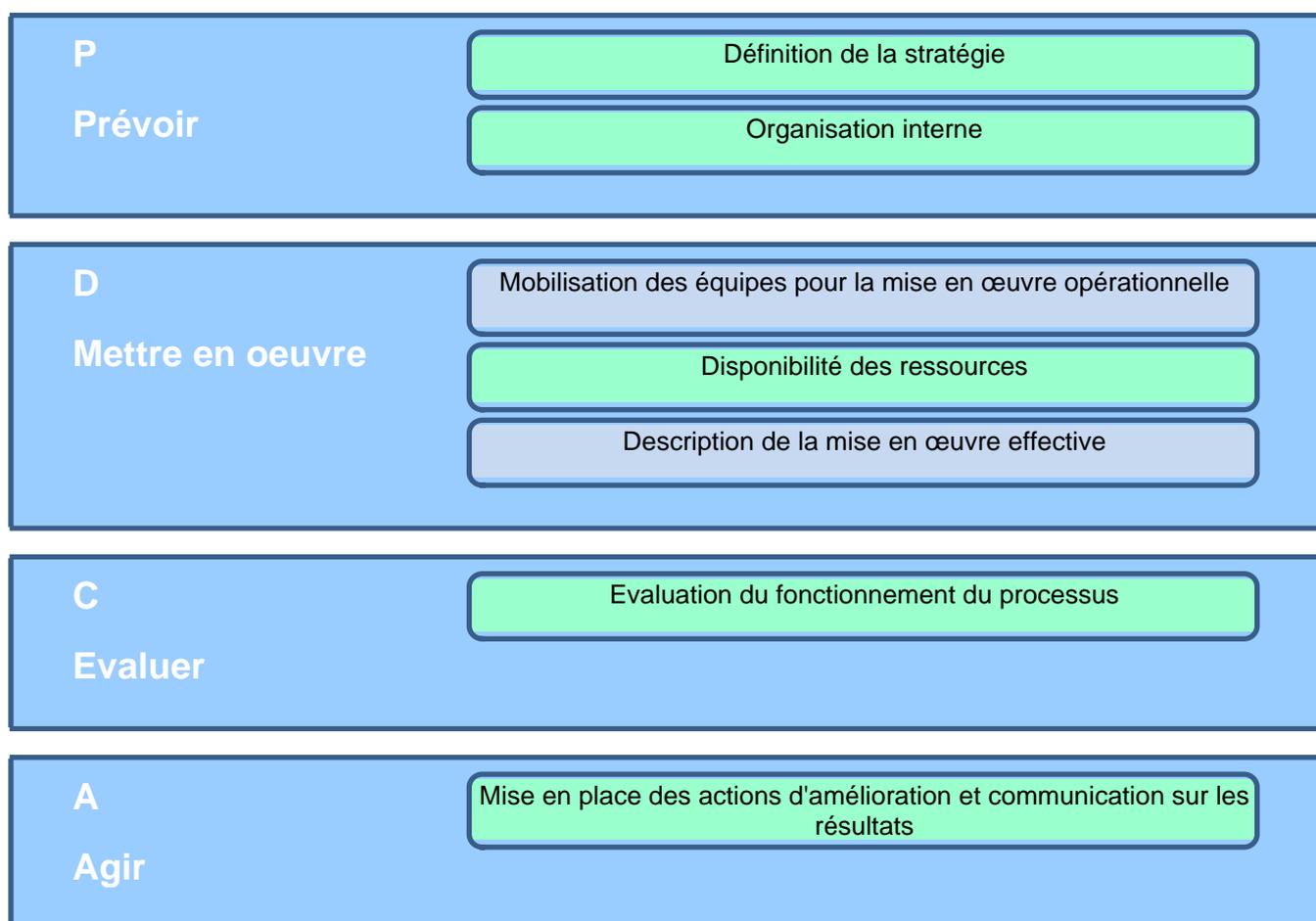
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement hospitalier de soins de suite et réadaptation Sainte-Marthe réalise la prise en charge médicamenteuse de 60 lits d'hospitalisation complète. L'unité d'hospitalisation de jour n'est pas concernée par la prise en charge médicamenteuse. Cet établissement possède une pharmacie à usage intérieur. Il existe une stratégie reposant sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse avec une politique formalisée dans le « manuel assurance qualité » (réactualisé en 2018), qui définit les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, le management qualité du processus et le circuit du médicament. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et l'analyse des risques propres à l'établissement. La conciliation médicamenteuse est un des axes de cette stratégie.

Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable. En effet, bien que l'établissement soit très attentif à la qualité et à la sécurité de la prise en charge ré-éducative du sujet âgé, le manuel (chapitre 2 : politique) n'explicite pas les objectifs et les indicateurs de suivi de lutte contre la iatrogénie du sujet âgé et les moyens mis à disposition. De plus, le chapitre 3 (modalités du circuit du médicament) ne précise pas les modalités concrètes de prévention des risques concernant la prescription, la dispensation, l'administration et la surveillance de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé (définitions, références réglementaires, outils d'aide à la prescription, recommandations de bonnes pratiques, et points incontournables d'évaluation du patient et des médicaments adaptés). Enfin, le texte de référence sur la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé pour l'établissement est une fiche technique concernant les médicaments à risque, précisant les modalités de prescription, est daté de 2013, sans réactualisation depuis cette date.

Le projet d'informatisation complète, intégré au système d'information est complètement finalisé et opérationnel avec un nouveau logiciel depuis 2016, structurant à la fois la prise en charge médicamenteuse et le dossier patient informatisé.

Le pharmacien, gérant, en charge de la démarche d'amélioration continue de cette prise en charge est familiarisé avec l'identification des risques a priori depuis plusieurs années : utilisation des logiciels spécifiques type ARCHIMED, puis grille d'évaluation des risques de l'OMEDIT. Ces évaluations des risques a priori sont réalisées à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse conformément à la réglementation. Une nouvelle cartographie des risques a été élaborée au cours de l'année 2018. Les données d'entrées utilisées pour élaborer les risques prioritaires ont été établies à partir des résultats de la précédente certification V2014, des déclarations d'événements indésirables ou erreurs médicamenteuses et les divers audits régulièrement réalisés sur le circuit. Les risques prioritaires pour ce nouveau compte qualité V1014 concernent 4 axes : identification des médicaments, autonomie laissée au patient, évaluation de l'antibiothérapie et poursuite de la sensibilisation à la déclaration et analyse des erreurs médicamenteuses.

Le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) est structuré, avec identification du pilote, source, instances, échéances et réalisation. La gestion du compte qualité et du PAQSS est cohérente et coordonnée.

ORGANISATION INTERNE

Il existe une pharmacie à usage intérieur et l'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote de la thématique est le pharmacien gérant, également responsable du système management qualité de la prise en charge médicamenteuse et titulaire d'un diplôme de "pharmacie clinique et gérontologie". Le pilotage est également réalisé en équipe avec l'aide d'un médecin salarié en cours de formation de capacité de gériatre et de diplôme universitaire de soins palliatifs. Il est référent médical au niveau du CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins). Le cadre de santé est également le référent infirmier de cette prise en charge médicamenteuse. Le pilotage est formalisé (fiches de postes et règlements internes).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires : La pharmacie intérieure est ouverte tous les matins du lundi au vendredi. Le pharmacien travaille dans l'établissement depuis plusieurs dizaines d'années sur la base d'un temps partiel avec des temps additionnels selon les besoins. Les remplacements du pharmacien gérant sont organisés dans la gestion des congés. L'équipe de la PUI est composée de 2 préparateurs en pharmacie en CDI temps partiels. Chaque préparateur est en charge d'une unité de 30 lits de SSR avec une collaboration transversale sur la gestion de la PUI. Les fiches de poste sont toutes formalisées.

Toutefois, l'organisation permanence pharmaceutique est en cours de finalisation au moment de la visite. Elle est réalisée avec la dotation pour besoins urgents par unité. Une procédure définit les rôles et

responsabilités en cas de rupture de stock ou absence d'un médicament précis, quand le pharmacien gérant n'est pas présent dans l'établissement. Cette procédure de « dépannage en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie » a été rédigée au moment de la visite pour une date d'application du 9 janvier 2019 et n'a pas encore fait l'objet d'une validation officielle par les instances concernées. Elle remplace une ancienne procédure qui donnait l'accès du médecin à la PUI en dehors de la présence du pharmacien ; procédure jugée non conforme au moment de la visite. Avec cette procédure nouvelle, seuls les professionnels habilités sont autorisés à rentrer à la PUI (pharmacien et préparateur en pharmacie). Les médicaments manquants seront approvisionnés via les dépannage aux officines de ville ou la PUI du CH de EPERNAY, sous la responsabilité du directeur ou cadre de santé d'astreinte administrative et selon la prescription informatisée du médecin.

Cette organisation est également pilotée par le COMEDIMS (comité des médicaments et dispositifs médicaux stériles) pour lequel le règlement intérieur est formalisé et dont les rencontres sont prévues à l'issue de la commission médicale d'établissement.

Le développement des compétences est organisé : un plan de formation interne et externe est prévu chaque année sur le thème de la prise en charge médicamenteuse et identifie des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse, au respect des bonnes pratiques professionnelles et de la iatrogénie médicamenteuse. Les formations internes sont élaborées par le pharmacien gérant, et concernent l'ensemble des professionnels y compris les médecins. Les supports de formation sont structurés pour être présentés sous forme de diaporama puis intégrés à la gestion documentaire.

Cette gestion documentaire est composée d'un ensemble de documents qualité propres à la prise en charge médicamenteuse qui sont présentés dans le manuel qualité (MAQ-PECM). Sa révision est intégrée au plan d'actions, sa diffusion est organisée sur le logiciel en place (GED et signalements des événements indésirables).

Les ressources en matériel, sont acquises en fonction des besoins de la prise en charge :

- Nouveau logiciel dossier patient intégrant toute la prise en charge médicamenteuse (2016) avec ordinateurs portables prévus sur les chariots de distribution des médicaments dans les 4 ailes sectorisées de la prise en charge, également dans les offices et pour les médecins,
- Logiciel de gestion des stocks à la PUI,
- Matériel de stockage et rangements des médicaments,
- Matériel pour la distribution des médicaments.

La pharmacie à usage intérieur est agencée et organisée pour la livraison des médicaments, avec un sas d'entrée, une zone de déstockage, une zone de rangement des médicaments avec un étiquetage conforme à la réglementation, un poste de cueillette pour la préparation de la distribution nominative individuelle des traitements ainsi que des rangements pour les dispositifs médicaux stériles. Son accès est réglementé et sécurisé (système d'alarme).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée de façon formelle afin de faciliter la concertation entre la pharmacie à usage intérieur et les 2 secteurs d'activité (unité de 30 lits nécessaires au rez-de-chaussée et 30 lits SSR au premier étage). Le secteur d'activité, d'hospitalisation de jour (8 places) n'effectue pas la gestion des médicaments des patients qui viennent de leur domicile sur une demi-journée de prise en charge en HDJ. Le dossier patient informatisé est une interface principale puisque il intègre l'informatisation de toutes les étapes du circuit du médicament. Le pharmacien gérant est également président de la CME. Le référent infirmier est également coordonnateur des risques associés aux soins et cadre de santé. Compte tenu de la taille de l'établissement, tous les acteurs du management se retrouvent pour un comité de direction hebdomadaire, un comité de la qualité régulier et toutes les autres instances du management de la qualité et des soins. Les interfaces avec les établissements d'amont et d'aval sont organisées avec les professionnels concernés plus un secrétariat médical qui lui, gère avec le cadre de santé les admissions et l'anticipation sur les traitements personnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le système management de la prise en charge médicamenteuse est décliné de façon opérationnelle sur les deux unités. Cette déclinaison repose sur une concertation entre professionnels et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières :

- Utilisation du dossier patient informatisé/logiciel de prescription, analyse, dispensation et administration des médicaments ;
- Staffs des professionnels médicaux et paramédicaux à raison d'une rencontre par équipe et par semaine ;
- Réunions d'équipes et instances.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : audits réguliers sur l'ensemble du circuit, recueil des événements indésirables, échanges avec les professionnels

de terrain facilités par la petite taille de l'établissement.

Des actions correctives par rapport aux audits et aux actions d'amélioration du compte qualité et PAQSS sont réalisées de façon régulière. Elles sont identifiées par le pharmacien gérant en lien avec les instances : COMEDIMS/CME, comité de pilotage (COPIL) et comité de direction (CODIR).

Les résultats des audits en sont communiqués aux équipes dans le cadre des "cafés à thème" qui font l'objet d'une restitution des actions menées et d'une « formation-action », et ce, avec des supports de diffusion. Ces "cafés à thème" concernent tous les professionnels puisque chaque thème est présenté deux fois aux équipes afin de toucher tous les professionnels présents. Le PAQSS est réactualisé chaque année.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont maintenues et optimisées :

- Encadrement structuré des étudiants infirmiers qui deviendront pour un certain nombre des professionnels titulaires ou des remplacements occasionnels dans l'établissement (pool de remplacement);
- Intégration des nouveaux arrivants : accueil, livret, encadrement et journées d'intégration ;
- Formations continues mises en œuvre annuellement : « médicaments et patients à risques » en 2018 (café à thème), e-Learning en 2016, utilisation des seringues électriques en 2018 pour exemples.
- Ateliers « chambres des erreurs » durant la semaine de sécurité des patients (chaque année et en partenariat avec le centre hospitalier d'Epernay).

En unité, les ressources matérielles sont entretenues et/ou acquises régulièrement : armoires à pharmacie sécurisées, chariots pour l'administration des médicaments, chariots pour l'administration des injectables (en cours d'achat), armoires de rangement des dispositifs médicaux stériles, chariots d'urgence.

Un ingénieur biomédical et détaché du centre hospitalier de l'Épernay de façon épisodique afin de venir contrôler des dispositifs médicaux utilisés. Il existe un service de maintenance interne et les prestataires qui offrent du matériel en location sont également en charge de leur entretien et de leur bon usage.

Les locaux de la pharmacie à usage intérieur ont été réaménagés afin d'en optimiser la place. Il existe un projet de rapprochement et de mutualisation avec la PUI du centre hospitalier d'Épernay. Le dispositif de plan de cueillette a été investi dernièrement.

Des équipements pour l'accès à l'informatique sont déployés afin de faciliter l'utilisation du dossier patient en temps réel et au chevet du patient.

La gestion documentaire est réactualisée en grande partie (ex : logigramme concernant les règles de prescription réactualisé et guide utilisation du logiciel crée), bien que certains documents datent de plus de 5 ans et que d'autres documents réglementaires (procédures de prescription et d'administration) soient limités à la schématisation d'un logigramme. Bien qu'il n'existe pas à proprement parler de procédure de guide de prescription pour le sujet âgé, il existe un support de « café à thème » en date de novembre 2018 explicitant les modalités de sécurisation du processus de prise en charge médicamenteuse avec la iatrogénie du sujet âgé, le patient âgé avec des insuffisances organiques, les états de dénutrition, la communication, mésusage et les situations et médicaments à risque. Ce support de formation interne fait office de procédure bien que celle-ci ne soit pas rédigée au format réglementaire de la gestion documentaire et ne soit pas validée par les instances.

Des outils d'aide à la prescription sont disponibles : livret thérapeutique, banque Claude Bernard, guide concernant l'antibiothérapie, fiches techniques pour certains médicaments, formation interne à la iatrogénie médicamenteuse, guide des médicaments à risque réactualisé au cours de la visite (2013 puis janvier 2019).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre son organisation définie, reposant sur l'informatisation complète du circuit, l'ouverture de la PUI, en semaine tous les matins, avec l'application de l'ensemble des professionnels :

- Les règles de prescription sont mises en œuvre et le logiciel est systématiquement utilisé par les prescripteurs.
- L'analyse de la prescription est réalisée à l'aide du logiciel, qui trace par un code couleur, les interactions et qui utilise un système intégré pour favoriser la communication entre le pharmacien et les 5 prescripteurs et les IDE.
- La délivrance des traitements des patients est réalisée de façon nominative et individualisée, pour une semaine sur les 2 unités de SSR. Chaque préparatrice en pharmacie en est responsable et dispense les médicaments par patient et pour une semaine. Les traitements sont délivrés en plaquettes et si toutefois la forme de la plaquette ne permet pas d'identifier chaque médicament individuellement ou bien de conserver la date de péremption, une petite information écrite et collée sur la plaquette afin de demander aux infirmiers ou infirmières de conserver la plaquette dans son intégralité lors de l'administration des médicaments.
- Le transport de ces médicaments est assuré de façon sécurisée dans des caisses hermétiques et fermées formellement. La chaîne du froid est garantie surveillée.

- Il existe une autre délivrance réalisée par semaine et par unité qui concerne la dotation pour besoins urgents. Le contenu de cette dotation est défini formellement et réactualisé au minimum une fois par an ou selon les besoins.
- Le stockage des médicaments délivrés est réalisé dans chaque unité de soins de façon standardisée et sécurisée selon 3 modalités distinctes :
 - * Un chariot de distribution des médicaments par unité avec un casier nominatif par patient dans lequel est stocké la dispensation nominative et hebdomadaire ;
 - * Une armoire à pharmacie dans laquelle est stockée la dotation pour besoins urgents : traitements per os, buvables et injectables. Étiquetage en DCI selon les normes, affichages des médicaments à risque et organisation de séparation avec les médicaments injectables ;
 - * Stockage des dispositifs médicaux stériles et matériels de soins.
- Les contrôles de péremption et audits des lieux de stockage sont réalisés régulièrement. Les rangements ont été réorganisés pour être standardisés sur les 2 unités de façon conforme.
- L'administration est réalisée selon les règles par un infirmier (une infirmière) par aile de 15 lits selon les recommandations : règle des 5B, logigramme pour le processus d'administration ou fiches techniques pour les seringues électriques. Le pharmacien réalise certains commentaires sur le logiciel à l'attention des professionnels concernés pour l'utilisation spécifique de tel ou tel médicament et patient. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel.
- La prescription, dispensation, stockage et administration des stupéfiants fait l'objet d'une procédure spécifique qui respecte la réglementation en vigueur et son contrôle.

Les modalités de prescription, de délivrance, de stockage et d'administration des stupéfiants sont conformes à la réglementation. Le SAS d'entrée est utilisé pour recevoir les professionnels durant les heures d'ouverture de la PUI.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie incluant le traitement personnel du patient est effective. En effet, l'établissement est très attentif à cette continuité et a débuté le processus de conciliation médicamenteuse entre praticiens pour la médecine de ville et pour les praticiens de l'établissement. Cette démarche est écrite dans une procédure qui est en fin de finalisation et de validation. La démarche est réalisée pour le moment sur une aile d'activité soit un secteur de 15 lits et engage tout particulièrement un médecin volontaire qui termine sa capacité de gériatrie.

Afin que le patient puisse avoir tous ses médicaments à son arrivée dans l'établissement, une organisation permet de confirmer le matin de l'admission du patient, la nature et la posologie des médicaments qui seront prescrits à la sortie de l'établissement d'amont. Cette pratique assurée par le secrétariat médical ou le service de la PUI permet de préparer une dotation nominative de médicaments qui sera utilisée lors de la prise première prescription du médecin responsable du patient en service de soins de suite.

La démarche d'information du patient sur le bon usage des médicaments est mise en œuvre avec le livret d'accueil qui délivre une information sur les modalités de prise en charge médicamenteuse et sur la gestion des traitements personnels dans l'établissement. Des livrets explicatifs sur le suivi des traitements (anticoagulants, insuline) peuvent être remis aux patients.

Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise des évaluations et un suivi de la bonne mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse avec :

- L'indicateur hôpital numérique concernant les prescriptions électroniques alimentant le plan de soins ;
- L'audit portant sur la prise en charge médicamenteuse de 2017 réalisée et 2018, programmé ;
- La vérification de la conformité du remplissage du support d'administration des stupéfiants ;
- L'évaluation semestrielle de la qualité de la détention des médicaments et des DM stériles au niveau de l'armoire du réfrigérateur et du chariot d'urgence ;
- L'audit de bonnes pratiques d'administration des médicaments réalisée en PUI à partir des renouvellements des DHIN ;
- L'audit de conformité des prescriptions d'antibiotiques.

La pertinence de prescription chez le sujet âgé n'est pas encore évaluée au travers du processus de conciliation médicamenteuse car le dispositif est trop récent mais les outils ont été construits et permettront d'évaluer l'efficacité du dispositif. Toutefois, la consommation médicamenteuse de certaines molécules surveillées pour la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé, est calculée chaque année.

Le recueil des événements indésirables est réalisé avec une analyse quantitative et qualitative faite par le pharmacien. Deux CREX ont été réalisées en 2018 selon la méthode ORION avec un rapport de séance et des actions d'amélioration identifiées et programmées.

Les résultats sont communiqués aux professionnels via les documents préparés par le pharmaciens et diffusés dans les rencontres intitulées "café à thème".
Un tableau de suivi des divers indicateurs est utilisé par le pharmacien.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été réalisées depuis la précédente itération et dans le cadre du compte-qualité et du PAQSS comme :

- Réorganisation des armoires des salles de soins en cours ;
- Amélioration du système d'identification des plaquettes de médicaments sous blisters ;
- Rangement des armoires de dispositifs médicaux stériles à l'identique dans les salles de soins ;
- Achat de deux chariots pour les administrations par voie injectables en cours.

Le PAQSS institutionnel mis en œuvre et actualisé régulièrement et le processus est managé en démarche d'amélioration continue.

La communication des résultats est faite régulièrement auprès des équipes :

- Compte rendu des comités du médicament ;
- Formations internes "café à thème" : la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse lors du parcours ;
- Rencontre des équipes en lien directs compte tenu de la présence du pharmacien et des autres managers et de la petite taille de l'établissement.