



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE MEDICALE DE LA PORTE VERTE

**6 avenue du marechal franchet d'esperey
78000 Versailles
JANVIER 2020**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34

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

HOPITAL LA PORTE VERTE	
Adresse	6 avenue du marechal franchet d'esperey 78000 Versailles
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
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	780808614	HOPITAL LA PORTE VERTE	6 avenue marechal franchet d'esperey Bp 455 78004 Versailles
Etablissement de santé	780150066	HOPITAL LA PORTE VERTE	6 avenue du marechal franchet d'esperey 78000 Versailles

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	90	6
SSR	SSR	156	10

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - GCS Sud Yvelines (Etablissements publics et ESPIC) - Association au GHT Yvelines Sud (membre associé au comité stratégique) et co-porteur de la filière gériatriques - Membre du GCS SESAN - Résidence Médéric (Etablissement géré par l'Hôpital la Porte Verte) - Association COGITEY (membre fondateur de l'association ; mandat de gestion) - GCS REPY - Partenariats EHPAD - Convention avec le Laboratoire de biologie de Parly 2 - Plusieurs conventions avec le Centre Hospitalier de Versailles (admission des patients depuis le service des urgences, consultation)

post-AVC, cardiologie, etc.)
- Partenariat avec le Centre Hospitalier de Garches pour des avis infectieux, des consultations et des hospitalisations
- GIE scanner IRM Porte Verte :

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Depuis les 01/01/2012 et 01/01/2014 : 27 lits de soins de suite supplémentaires et 5 LIPS.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Femme	Médecine gériatrique	Pathologie gériatrique	Hospitalisation programmée	Simple	MCO
2	Homme	Oncogériatrie	Cancer	Hospitalisation programmée	Simple	MCO
3	Femme	Rééducation locomoteur	Orthopédie (Post traumatologie)	Hospitalisation programmée	Complexe	SSR
4	Femme	Rééducation neurologique	AVC	Hospitalisation programmée	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

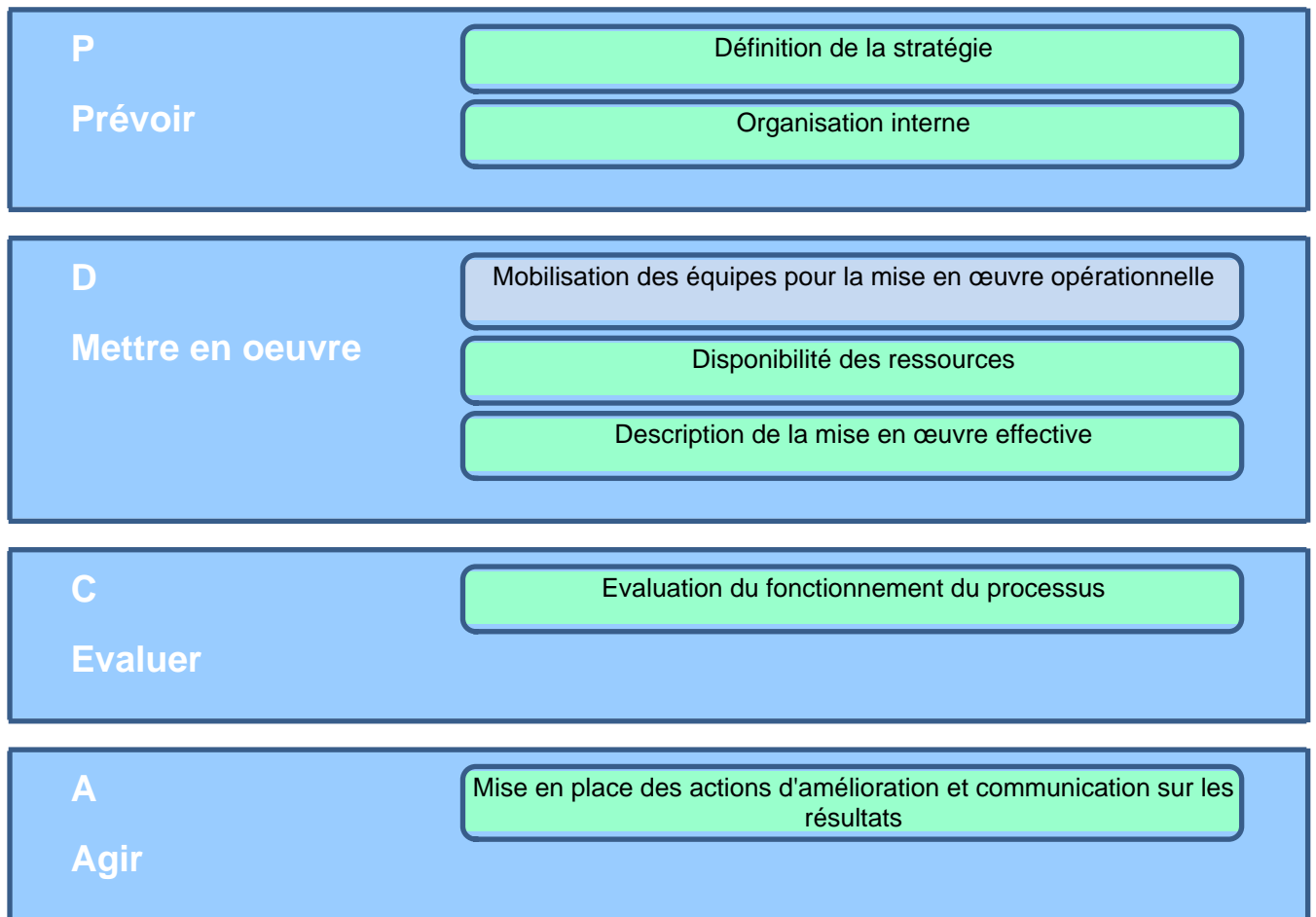
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital La Porte Verte a actualisé sa politique qualité gestion des risques (QGDR) 2019-2020. Elle est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement et intègre la stratégie des évaluations des pratiques professionnelles et les obligations légales et réglementaires. Elle a été validée par les instances : commission des usagers et commission médicale d'établissement. La politique QGDR poursuit les objectifs :

- 1°) de structuration la démarche par processus
- 2°) d'appropriation de la culture qualité et gestion des risques
 - o Piloter de la politique gestion des risques.
 - o Décliner opérationnellement la politique qualité gestion des risques.
 - o Fédérer les équipes autour de la politique.
- 3°) de maîtrise des risques pour la sécurité des soins
 - o Promouvoir l'accueil positif à l'erreur comme pilier d'une culture de sécurité des soins partagée par tous.
 - o Placer l'évaluation des pratiques au cœur de la démarche d'amélioration de la qualité.
 - o Prendre en compte l'expérience et l'expertise des professionnels et des représentants des usagers.
- 4°) d'optimisation de l'écoute des patients et des proches
 - o Encourager une démarche proactive de prise en compte des réclamations.
 - o Promouvoir l'engagement des représentants des usagers dans la démarche d'amélioration de la qualité.
- 5°) de diffusion d'une politique de développement durable

Les risques ont été identifiés pour chacune des thématiques en groupes pluridisciplinaires animés par le pilote aidé du directeur qualité (technique méta-plan). Les cartographies des risques ont été actualisées pluridisciplinairement dès juin 2018 sur la base de la cartographie initiale des risques à priori, du retour des questionnaires de satisfaction de sortie, des plaintes et réclamations, des déclarations d'EI, des vigilances, des obligations légales et réglementaires, des indicateurs nationaux et locaux. La gravité, la fréquence des risques et leur maîtrise sont cotées et hiérarchisées à partir de l'échelle de la HAS.

Un plan d'amélioration de la qualité structuré (responsable de l'action, échéances, modalités de suivi) recense par processus toutes les actions à mettre en œuvre. Il a été validé par la CDU le 8 février 2019 et par la CME le 9 avril 2019. Les risques et les actions prioritaires ont été intégrés au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Chaque processus dispose d'un pilote. La démarche qualité est pilotée par le directeur, le directeur médical et le directeur des soins. Tous les pilotes de processus disposent tous de la même fiche de missions.

Ils sont assistés d'une part par une instance (CLAN, CLIN, CLUD, CDU, COMEDIMS, commission des soins, comité éthique, groupe droits des patients ...) et d'autre part par la direction qualité composée de deux professionnels.

Le directeur qualité est aussi chargé des relations avec les usagers et de la coordination des risques associés aux soins. Le pharmacien est responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Des référents risques et hygiènes en lien avec le service qualité constituent une ressource pour les équipes. Un COPIL Qualité et gestion des risques se réunit 2 à 3 fois par an. Il réunit les membres du CODIR, les pilotes de processus et les présidents d'instances. Il valide les orientations proposées ainsi que les modalités de communication. Il suit l'avancement de la démarche et la coordination des vigilances. La réunion du COPIL est précédée d'un COPIL restreint (pilotes institutionnels et opérationnels). La commission médicale d'établissement (CME) valide la politique, le plan d'amélioration de la qualité, le programme de évaluations des pratiques professionnelles, les protocoles et procédures... La déclaration des événements indésirables (EI), événements indésirables graves (EIG) et événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS) est organisée (procédure). Périodiquement le comité FEI de réunit pour analyser les événements indésirables (EI). Des revues de morbi-mortalité (RMM) en oncologie et pour analyser des EIG ainsi que des comités de retour d'expérience sur le médicament sont régulièrement organisés. En oncologie les réunions de concertation pluridisciplinaires ont lieu au sein de l'établissement toutes les semaines. Les responsables de vigilances (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, identitovigilance et infectiovigilance) sont identifiés et la coordination est assurée par le service qualité. Chaque responsable assure la remontée des informations si besoins auprès des instances régionales. Le risque transfusionnel fait l'objet d'une procédure. La gestion documentaire est procédurée, informatisée et accessible à tous les professionnels. En cas de panne du Système d'information une procédure dégradée existe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique qualité est portée par le management à tous les niveaux. Des réunions plénières ont été organisées en 2019 pour informer les professionnels sur la démarche. Afin de mobiliser les équipes les cadres de proximité assurent régulièrement des réunions de service. Cadre et médecin de l'unité constituent un binôme qualité chargé d'assurer la communication et le suivi de la démarche qualité au sein de leur service (relai entre les équipes et le COPIL QGDR). Des journées d'expertise sont organisées tous les ans afin de sensibiliser les professionnels sur un mode ludique à des thématiques de gestion des risques (ex : chambre des erreurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels disposent de moyens matériels suffisants et d'un accès aux ressources documentaires via le portail qualité. Un livret d'accueil et un manuel de suivi de la qualité leur sont remis lors de leur embauche. Des formations leurs sont dispensées dans le cadre du plan de formation annuel et des formations/sensibilisations en interne sont organisées tous les mercredis sur des thèmes différents. Des référents risques (chutes, dénutrition, escarres...) et hygiène (EOH, référents antibiotiques...) sont à disposition des équipes.

Toutefois, l'accès à des locaux d'un secteur désaffecté n'est pas totalement sécurisé.

L'établissement prévoit la restructuration du secteur entre le service porte actuel et le hall d'accueil. Les circulations sont balisées pour permettre l'accès à la balnéothérapie et au service de radiologie. Lors de la visite de la balnéothérapie avec la cadre de rééducation l'expert visiteur a constaté que parmi les locaux désaffectés, certains ne sont pas verrouillés et sont accessibles. Les anciens blocs sanitaires ont été démontés mais leur accès ne sont pas fermés alors que des fils électriques non alimentés sont en suspension. L'établissement prend en charge beaucoup de patient avec des troubles du comportement et à risque de déambulation. Ces patients peuvent comme toute autre personne s'aventurer dans ces locaux, compliquer leur recherche et se mettre en danger (absence d'éclairage dans ces locaux). L'établissement dispose d'un système de repérage pour les patients à risque de fugue qui franchissent les portes extérieures de l'établissement mais pas en interne. Des mesures de sécurisation ont été cependant immédiatement entreprises par l'établissement pour assurer la sécurisation des locaux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels déclarent les EI sur le portail qualité et cotent la gravité et la fréquence de l'évènement. La déclaration est réceptionnée par le service qualité qui la transmet au professionnel en charge de son instruction. Les EI sont passés en revue en comité FEI et un retour est adressé aux professionnels. 498 EI ont été déclarés en 2018. 1 EIGAS a été déclaré sur le portail ARS en 2018 et un en 2019.

Les professionnels concernés par un EIG participent à l'analyse des causes profondes de cet évènement soit en CREX soit en RMM. 2 CREX et 4 RMM se sont réunis en 2019 et 2 CREX et 6 RMM en 2018.

Les instances se réunissent régulièrement. Les personnels ont connaissance des attendus de la démarches qualité, des retours des questionnaires de satisfaction et des indicateurs qualité nationaux ou locaux.

En cas de panne du système d'information les professionnels connaissent et savent mettre en œuvre la procédure dégradée.

Les usagers sont impliqués et participent à des groupes de travail : CLUD, CLIN, COMEDIMS droits des patients par exemple. Ils sont associés à l'élaboration du projet d'établissement. Les professionnels travaillent en concertation et en équipe coordonnée. Les situations de crise sont identifiées : pandémie grippale, canicule, neige et accidentologies. L'établissement dispose d'un plan blanc et de gestion de crise. Le plan de sécurisation de l'établissement est en cours de finalisation (en attente d'une rencontre avec le référent sécurité/ sureté des forces de l'ordre pour validation). Les épisodes de canicule de cet été ont été l'occasion d'évaluer les organisations en place. L'établissement dispose d'un tableau de bord avec des indicateurs d'activité de qualité et de ressources humaines. La participation des usagers, des associations et des bénévoles fait partie de la politique qualité de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement dispose d'indicateurs locaux de suivi de sa politique qualité (questionnaires de sortie : taux de retour 36% en 2018 et satisfaction globale 8,4/10, plaintes et réclamations (42 en 2018), bilan annuel des EI et des vigilances, audits de traçabilité et autres) et d'indicateurs nationaux (indicateurs de qualité et de sécurité des soins portant sur la tenue du dossier, la prévention des infections nosocomiales ...).

Des évaluations sont régulièrement menées : patients traceurs (10 en 2018), des EPP (4 initiés en 2019, 2 en 2018, 3 en 2017) et des audits de suivi des actions mises en œuvre. Des seuils d'alerte et des objectifs ciblés sont déterminés pour chaque indicateur suivi en interne. Les résultats sont présentés régulièrement à la commission des usagers.

A / AGIR

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

Les évaluations réalisées et la non atteinte des seuils fixés donnent lieu à des actions d'amélioration. Ces actions sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité et leur mise en œuvre sont pour la presque totalité assurée. Le PAQ donne lieu à un suivi régulier en commission des usagers et en CME. Pour ce qui est des actions prioritaires dans le compte qualité concernant le management de la qualité : sur 9 actions 5 sont réalisées, 1 est en cours, une est abandonnée et deux seront réalisées avant la fin 2019. Les trois indicateurs nationaux en classe C (2 sur l'AVC et 1 sur l'utilisation des solutions hydroalcooliques) font l'objet d'un plan d'actions et d'un suivi.

Parmi les actions réalisées, on peut citer la mise en place d'une démarche participative des personnels dans la démarche qualité : réunions et méthode des post-it, les audits de processus en mai juin 2019 par un intervenant extérieur (CNEH), une réunion qui s'est tenue pour identifier des indicateurs de résultats et de pertinence (en cours) et l'amélioration de la gestion documentaire : la catégorisation des documents pour faciliter la recherche et un bilan de consultation de la GED ont été réalisés. Les plaintes et réclamations écrites sont systématiquement suivies d'un courrier de réponse et sont présentées comme les plaintes et réclamations orales en commission des usagers. Le délai moyen de réponse aux plaintes en 2018 était de 13 jours. La commission des usagers est tenue régulièrement informée des résultats des questionnaires de sortie et des EIG. Les indicateurs nationaux de qualité et le taux de satisfaction globale sont affichés à l'accueil et dans les services et sont intégrés au livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement.

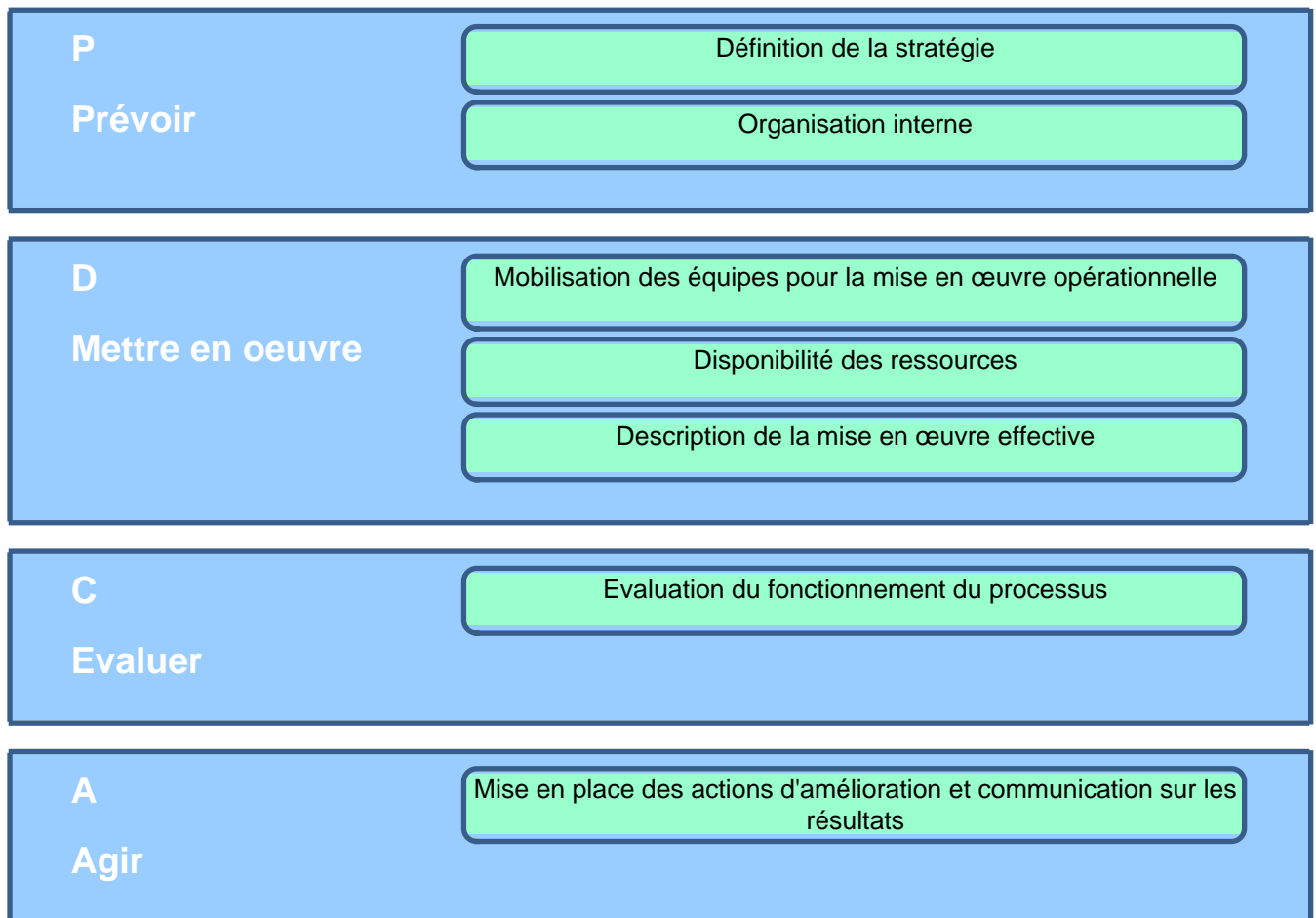
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La prise en compte du risque infectieux est effective et pérenne. La politique de gestion du risque infectieux est déterminée dans le programme qualité et gestion des risques 2019-2020 validée par les instances et notamment le CLIN et la CME. Les risques ont été déterminés par les professionnels de l'hygiène en relation avec les référents en hygiène et le responsable qualité, lui-même gestionnaire des risques associés aux soins. Ils ont été évalués et hiérarchisés selon la grille de cotation proposée par la HAS. Le risque principal retenu était en rapport avec un indicateur national en classe C alors que tous les autres indicateurs étaient en classe A. D'autres risques ont été retenus déterminant des actions d'amélioration incluses dans le compte qualité et reprises dans le PAQ pour le suivi de ces actions. Parmi les actions d'amélioration, 18 sont finalisées et 3 sont en cours ou en attente. Les actions d'amélioration sont incluses dans le PAQ de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital de la Porte Verte a établi une organisation pour piloter le processus gestion du risque infectieux et assurer des conditions d'hygiène optimales des locaux sous la direction du CLIN qui réunit notamment le PCME, l'EOH, le responsable qualité, le directeur des soins, les cadres d'unité, un médecin de chacun des 3 pôles, un représentant des usagers, une pharmacienne et selon le besoin le responsable technique et logistique. Le CLIN se réunit 3 fois par an et donne lieu à un compte-rendu diffusé dans l'établissement. Une réflexion est en cours pour ouvrir le CLIN à l'ensemble des référents également.

Le CLIN fixe la politique en matière de gestion du risque infectieux qui est mise en œuvre par l'EOH qui est opérationnelle un médecin hygiéniste à 0,2ETP et un cadre hygiéniste responsable des agents de service hospitalier et des correspondants en hygiène.

L'EOH suit les protocoles et procédures à la disposition des personnels sur la GED. Ils sont revus à intervalle régulier (4 ans) en concertation avec les équipes de soins. Elle organise les suivis des indicateurs, la réalisation des audits, divers manifestations concernant l'hygiène.

Des correspondants en hygiène sont présents dans l'ensemble des secteurs : médecin, IDE et AS, à la PUI, le cadre des la rééducation, un brancardier, un agent de l'imagerie. Ces référents ne sont pas réunis de manière régulière mais coordonnées par le cadre hygiéniste. Ils servent de relai au travail de l'EOH, à la diffusion des protocoles et participent à l'élaboration des grilles d'audit par exemple. Ils permettent aussi la remontée vers l'EOH d'informations à partir des unités.

Le travail de l'EOH et du CLIN est coordonné avec le gestionnaire du risque associé au soins qui est le responsable qualité, formé pour ce poste et la coordination entre le CGRAS et l'EOH est formalisé dans une procédure.

L'hygiène des locaux est assurée par les ASH pour les locaux de soins et par un prestataire externe pour les locaux communs.

Le cadre hygiéniste est responsable des ASH qui sont recrutés conjointement par le cadre hygiéniste et le cadre du service. Leur formation est assurée à leur embauche, un classeur de protocoles est présent dans les unités et une formation par les pairs est également assurée sous forme d'un travail en doublons de plusieurs jours. Elles sont ensuite évaluées et leur embauche validée. Les missions sont précisées dans les fiches de poste. Un plan de formation est également en place de manière régulière.

Le bon usage des antibiotiques est également organisé. Il s'appuie sur le travail du praticien en hygiène et coordination avec le référent d'antibiothérapie (un infectiologue vient d'intégrer l'hôpital et facilitera les échanges en interne).

La pertinence de l'antibiothérapie et de sa durée est régulièrement suivie. L'établissement suit l'évolution de la résistance des micro organismes aux antibiotique et participe à l'outil CONSORES (Suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes).

Des travaux sont régulièrement conduits d'évaluation de la réévaluation de l'antibiothérapie, de sa pertinence. Les prescripteurs disposent d'un livret antibiotique. Une liste nominative des antibiotiques à distribution contrôlée est en place. Une alerte pour la réévaluation est en place dans le DPI ainsi qu'un arrêt automatique de certains antibiotiques si le médecin ne les prolonge pas formellement. Des formations régulières des médecins sont en place notamment sous forme de staffs réunissant l'ensemble des médecins permettant de discuter à partir de cas pratiques relevés dans l'établissement de la pertinence de l'antibiothérapie et de faire le point sur un sujet.

Les besoins en matériels et équipements sont en adéquation avec les objectifs : support informatique pour la prescription antibiotique et sa réévaluation, supports de traçabilité du bio nettoyage, procédures diverses notamment d'isolement, plannings des entretiens hebdomadaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de la taille de l'établissement, les objectifs opérationnels du programme gestion du risque infectieux sont communs à l'ensemble des secteurs de l'hôpital de la Porte Verte et sont déclinés aux équipes via le binôme qualité médecin/cadre institué dans chaque service de soins ainsi que par les correspondants hygiène de chaque secteur de soins (unités d'hébergement, salles de rééducation et d'ergothérapie,...). Ces binômes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les priorités d'actions retenues ainsi que sur les résultats d'indicateurs et d'audits : ICSHA ,audit isolement... Ce binôme qualité médecin/cadre, peut également recueillir de la part des professionnels des informations sur les points à améliorer, sur les événements indésirables survenus dans l'unité, sur des actions correctives à mettre en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont en adéquation avec les besoins, les formations sont mises en œuvre et suivies par l'ensemble des professionnels par exemple lors des « mercredis soignants » ou lors de « la journée de sensibilisation au lavage des mains ». Des formations sont régulièrement proposées et reprises chaque année. Un membre du personnel est en DU d'hygiène. L'EOH dispose du personnel exigé par la réglementation (IDE cadre hygiéniste, PH hygiéniste). Un référent infectiologue est présent dans l'établissement. Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour gérer le risque infectieux en ce qui concerne les chambres et lieux de soins.

Toutefois, les locaux ne permettent pas systématiquement de respecter les conditions optimales d'hygiène.

Les locaux ne répondent pas tous aux exigences pour assurer un circuit sécurisé : ainsi les infirmeries sont exigües et assurent la préparation des soins et le retour des soins (chariots de pansement qui peuvent entrer dans les infirmeries pour être nettoyés avant leur rangement dans le même local. De même dans les infirmeries sont stockés les sacs de DASRI qui restent ouverts en attendant leur évacuation, faute de local DASRI intermédiaire. Les locaux de ménage sont aussi parfois dans un état de vétusté (sols dégradés, murs non carrelés de manière complète, présence d'étagères en bois dégradées). ne permettant pas leur entretien dans de bonnes conditions. L'établissement est conscient de ces problèmes et des demandes de travaux ont été déposées cette année pour rénovation des locaux. L'établissement met à disposition du matériel sécurisé pour les déchets, des équipements de protection individuelle et d'information patient/entourage/professionnels en cas de BMR, de BHRé et les solutés hydroalcooliques sont à disposition et largement répandus dans les locaux de soins, les chambres et même au restaurant patient.

Le matériel utile pour la rééducation est entretenu et sa maintenance est assurée.

Toutefois, l'eau chaude sanitaire n'est pas totalement exempte de légionelles. Il existe un secteur où les derniers prélèvements mettent en évidence des légionelles. En effet l'établissement a eu des prélèvements très positifs sur plusieurs lieux de puisage et ce problème a été largement réglé par l'action corrective des services techniques (recours aux choc thermique, javellisation). Un secteur reste partiellement positif à un niveau modéré et l'établissement a lancé un audit réseau dans ce secteur dont les résultats sont parvenus pendant la visite, fixant les pistes d'amélioration et les travaux seront réalisés en 2020.

Les protocoles, procédures concernant la gestion du risque infectieux, de même que la procédure « accident d'exposition au sang », sont disponibles dans la GED ; ces procédures sont actualisées selon la périodicité définie dans la procédure des procédures : la mise à jour a lieu tous les 4 ans.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur de soins de l'établissement met en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux établies en lien avec l'EOH : les matériels sécurisés sont utilisés (les derniers matériels non sécurisés sont en passe de l'être) , les précautions complémentaires en cas de BMR, BHRé, Clostridium difficile sont réalisées, l'accès aux protocoles est connu et effectif, la déclaration des EI se fait via le logiciel de gestion documentaire, la traçabilité des actions de bio nettoyage est effective.

La traçabilité dans le dossier patient de l'évaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure est effective avec l'existence d'une alerte sur le logiciel en rappel aux médecins pour cela. L'interface avec le laboratoire de microbiologie, la PUI de l'établissement et les services de soins est opérationnelle et permet la réalisation des mesures d'isolement et leur suivi par la cadre hygiéniste ; la validation des antibiotiques à usage restreint par le référent infectiologue est effective et tracée dans le dossier patient informatisé. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont menées par l'hôpital de la Porte Verte : indicateurs nationaux, audit des mesures d'isolement, quick audit antibiothérapie, enquête nationale de prévention des infections nosocomiales tous les 5 ans. Un bilan des FEI sur la gestion du risque infectieux est réalisé annuellement et accessible aux professionnels via le portail Qualité ainsi que le bilan du CLIN. Outre les indicateurs nationaux suivis tous les ans l'établissement suit des indicateurs personnels notamment le tonnage DASRI/DAOM (40%) le nombre d'AES par an, le taux de vaccination anti grippal, la participation aux formations, le Suivi des hémocultures positives à staphylocoque, les Indicateurs de résistance aux antibiotiques, le taux de la réévaluation des antibiothérapies à 7 et 14 jours, le taux de staphylocoques auréus résistant. Un benchmarking sur le risque infectieux est réalisé avec le CH Mignot de Versailles et dans le cadre du réseau CCLIN Paris Nord.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont menées sur la gestion du risque infectieux au regard des résultats indicateurs ou des audits réalisés. Un programme d'actions de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins, annuel, est proposé par l'EOH et valide par le CLIN. Ce bilan est présente en CME et au CHSCT. Parmi les actions d'améliorations menées à bien on peut citer les actions de sensibilisation formation (hygiène et prévention du RI, contrôle de la diffusion des bactéries MR et formation d'un agent au DU hygiène), la remise à plat de la gestion des dispositifs médicaux intra vasculaire avec le remplacement de la bétadine par la chlorexidine pour la désinfection de la peau la mise en place de la traçabilité journalière de ces DM et un outil de signalement du changement de cathéter sur le DPI, ou la mise en place d'une challenge par unité et de la mise en place d'une incitation à l'utilisation par les patients de la SHA ce qui a permis d'améliorer l'indicateur ICSHA qui passe en classe B cette année contre une classe C l'an passé. La révision trimestrielle du plan d'actions du processus « gestion du risque infectieux » permet le réajustement des actions correctives proposées. Les résultats des évaluations et les actions d'amélioration sont communiquées aux professionnels via le binôme qualité médecin/cadre lors des réunions bimensuelles, également par affichage dans les services pour certains indicateurs (consommation de SHA) et aux usagers via la CDU et l'affichage public des IQSS dans le hall d'accueil de l'hôpital.

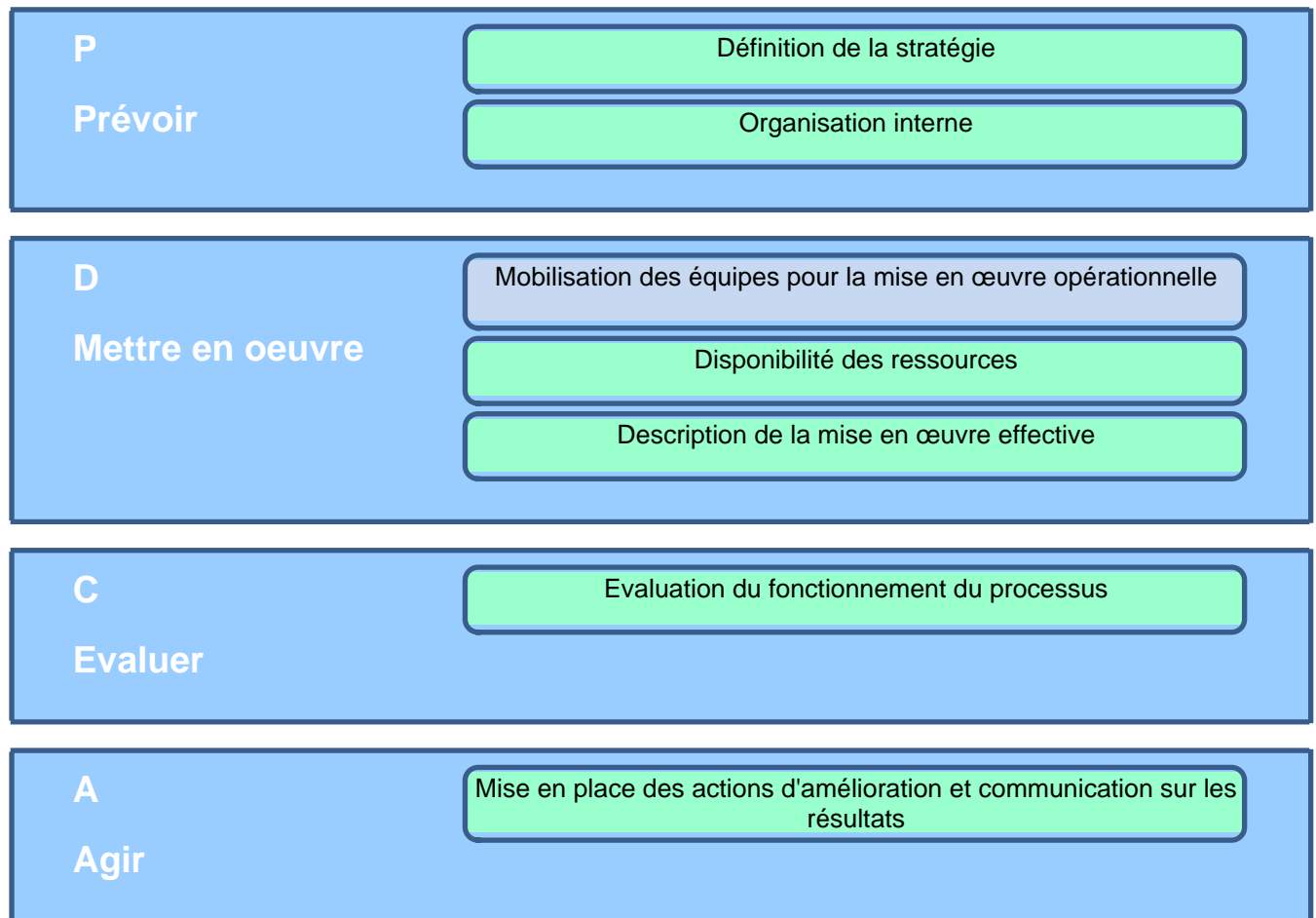
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital La Porte Verte a actualisé sa politique droits des patients et bientraitance pour 2019-2020. Elle est Intégrée aux orientations stratégiques et au projet d'établissement. Les objectifs 2019-2020 sont :

- Améliorer l'information des patients sur leurs droits,
- Poursuivre l'amélioration des pratiques professionnelles et promouvoir la bientraitance,
- Améliorer l'accueil et l'accompagnement des proches et notamment des aidants,
- Poursuivre et promouvoir l'implication des usagers.

La cartographie des risques intègre les obligations relatives au respect de la confidentialité et et du secret médical, le respect des libertés individuelles, le respect de la dignité, de l'intimité et une cartographie des risques de maltraitance. Elle a été actualisée pour la mise à jour du compte qualité.

Le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) intègre les actions à mettre en œuvre avec nom du responsable, les échéances et le niveau de maîtrise des risques. Les actions prioritaires ont été intégrées au compte qualité.

L'identification des risques et des actions prioritaires a été réalisée sur la base de la cartographie des risques à priori, des déclarations des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des résultats du questionnaire de satisfaction, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et des obligations légales et réglementaires. Le PAQ a été présenté en CDU le 8 février 2019 et validé en CME le 9 avril 2019.

ORGANISATION INTERNE

La directrice des affaires générales pilote le processus droits des patients et le directeur des soins le processus bientraitance. Ils travaillent de concert, en complémentarité et interaction avec la cadre de santé référente sur le projet Humanitude. Ils disposent d'une fiche de missions commune à tous les pilotes de processus. Un comité droits des patients se réunit régulièrement 3 à 4 fois par an composé de soignants, de la psychologue et d'un représentant des usagers. La commission des soins suit la démarche bientraitance. Un comité éthique est en place présidé par un médecin titulaire d'un DU soins palliatifs et se réunit deux fois par an. Il peut être saisi directement par les professionnels. Le directeur qualité est en charge des relations avec les usagers. La commission des usagers (CDU) est en place et se réunit 4 fois/an. Les représentant des usagers et la CDU sont pleinement associés aux processus. Le signalement en cas de maltraitance, l'information en cas de dommages liés aux soins, les cas de recours à la contention physique, l'accès au dossier médical, l'information et le recueil des directives anticipées et le refus de soins font l'objet d'une procédure. Le recueil du consentement éclairé, les modalités d'information et de recueil de la personne de confiance sont organisés. Les patients sont informés de leurs droits et de l'existence de la CDU. Les modalités d'accueil et de prise en charge des proches le cas échéant, le recours à un représentant du culte, à un interprète interne ou externe sont prévus. Un professionnel a en charge le e-parcours et est référent RGPD et délégué à la protection des données.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management mobilise les équipes. Dans tous les services de soins les professionnels ont été impliqués dans la mise à jour de La cartographie des risques relative à la bientraitance (méthode MétaPlan). Les cadres à travers les réunions de service informent régulièrement leurs équipes sur l'avancée des plans d'actions. Les réunions binôme qualité (cadre et médecin du service) assurent la transmission des informations, des décisions et des actions arrêtées par le COPIL QGDR au sein des unités et font remonter au COPIL l'état d'avancement de la démarche. Des journées "d'expertise" sont organisées deux fois par an et permettent de questionner sur un mode ludique les professionnels sur leurs pratiques relatives à la bientraitance et aux droits des patients (exemples : l'arbre de Noël fin 2018, commissariat de police en avril 2019).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels disposent des documents, des formulaires et des procédures utiles dans la gestion documentaire. Le plan de formation 2018 à 2020 proposent des formations (ex : formation déficience visuelle en 2017 et 2018 Soins bucco dentaire des personnes vulnérables/dépendantes en 2019, formation humanitude, soins palliatifs et accompagnement fin de vie...). Les formations du mercredi contribuent à la sensibilisation des professionnels (ex : en juillet 2019 sur 5 mercredi les personnels ont été sensibilisés sur les droits des patient). Chaque semestre les internes et les nouveaux médecins sont formés aux droits par le président du comité éthique et la directrice des affaires générales. Des moyens matériels sont mobilisés si besoin pour la mise en œuvre des actions. Les chambres doubles sont

équipées de rideaux de séparation. La signalétique permet de s'orienter facilement dans l'établissement. Pour les personnes désorientées un système de bracelet permet de signaler toute sortie des locaux. L'établissement dispose d'une chambre mortuaire, d'une aumônerie, d'une cafétéria, d'un salon de coiffure, d'espaces de convivialité et d'une salle des familles. Les équipes de soins peuvent avoir recours à des compétences en interne (médecins avec un DU soins palliatif pour tous les accompagnements de fin de vie, psychologue et assistante sociale pour la prise en charge des familles par exemple) ou à des équipes mobiles externes. Plusieurs associations de bénévoles sont aussi présentes dans l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les locaux respectent les conditions d'intimité et de dignité et les opérations architecturales prévues intègrent cette dimension (ex : admissions à l'entrée qui restent provisoires et aménagement du futur service porte).

L'accueil et le soutien de l'entourage sont assurés: pour les situations de fin de vie, un lit accompagnant peut-être mis à disposition des proches. Dans les autres situations l'accord du médecin est requis. Une salle des familles offre un espace intime et le cas échéant une prise en charge par une psychologue et/ou une assistante sociale est proposée. 70 salariés ont été sensibilisés sur le repérage et l'orientation des aidants épuisés. Le recours à un interprète est organisé si en interne la ressource n'existe pas. Les patients ont possibilité de recourir au représentant du culte de leur choix. Les personnels sont formés et sensibilisés aux droits des patients et aux bonnes pratiques en terme de bienveillance. Cela a été confirmé lors des patients traceurs. Ils ont connaissance des bonnes pratiques et des procédures en vigueur dans l'établissement et leur service.

Le recours à la contention est un recours de dernière intention, elle est discutée en équipe, prescrite par le médecin et réévaluée. Les patients à "risque de fugue" sont équipés d'un bracelet anti-fugue. L'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne est privilégiée et le recours aux protections n'est pas systématisé. L'établissement a modifié le type de changes et le personnel formé afin d'améliorer la pertinence de la pratique. En cas de dommage liés aux soins l'information est dispensée par le médecin. Les situations de fin de vie font l'objet d'un échange en équipes, le nom de la personne de confiance est recueilli (remise et explication au patient du formulaire) et les directives anticipées recherchées. La douleur est évaluée et prise en charge. Le recueil du consentement éclairé est assuré. Beaucoup de formulaires et de documents d'information du patient sont disponibles dans la gestion documentaire et utilisés. La participation, l'accord du patient ou de son entourage à son projet personnalisé sont effectifs.

Les salles de soins sont sécurisés par un digicode, l'accès au dossier patient est informatisée. Les professionnels ont un code d'accès à leur session distinct de l'application du dossier informatisé. Ce code est changé régulièrement. La messagerie sécurisée (MS santé) est utilisée par les médecins. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la dignité et de l'intimité du patient dans leurs pratiques au quotidien (entrer dans la chambre, ne pas parler dans les couloirs d'un patient, faire sortir les accompagnants lorsqu'un acte est réalisé ou des informations échangées...) ce qui a été confirmé par les patients traceurs.

Pour les patients non communicants des outils sont à disposition et utilisés par les soignants (échelle algoplus, ardoise..). La signalétique permet de s'orienter facilement dans l'établissement.

Les plaintes et réclamations sont recueillies, recensées et une réponse est apportée en moyenne dans les 11 jours. Les plaignants sont informés de la possibilité de saisir le médiateur de la CDU. Un affichage dans les locaux informe de l'existence de la CDU, de sa composition et des modalités d'accès aux représentants des usagers. Le niveau de satisfaction globale comme les résultats des indicateurs nationaux de qualité sont affichés à l'accueil et dans les services.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le questionnaire de sortie, les plaintes et réclamations, la déclaration des évènements indésirables, les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins font partie des indicateurs recensés pour évaluer le processus. Ils sont suivis à tous les niveaux. De plus des patients traceurs sont réalisés et deux EPP concernant les droits des patients sont en cours (une EPP sur la contention et une autre relative à l'information du patient non communicant). Des audits sont également réalisés.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration issues des évaluations sont intégrées au PAQ et sont suivies dans le cadre de la CDU. Les actions inscrites au compte qualité sont suivies. L'accueil du service porte, l'acquisition d'un simulateur de grand âge et le déploiement de la toilette selon la méthode "humanité" sont en cours.

L'intégration des représentants des usagers au COPIL PE et au groupe de travail (droit des patients) ainsi qu'une meilleure identification du livret d'accueil ont été réalisés à ce jour. La communication sur les plans d'actions et les résultats se fait par les managers mais aussi à travers le portail qualité. La diffusion est également assurée auprès des usagers dans le cadre de la CDU. Les actions d'amélioration sont évaluées à travers l'atteinte des seuils et des cibles des indicateurs recensés.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

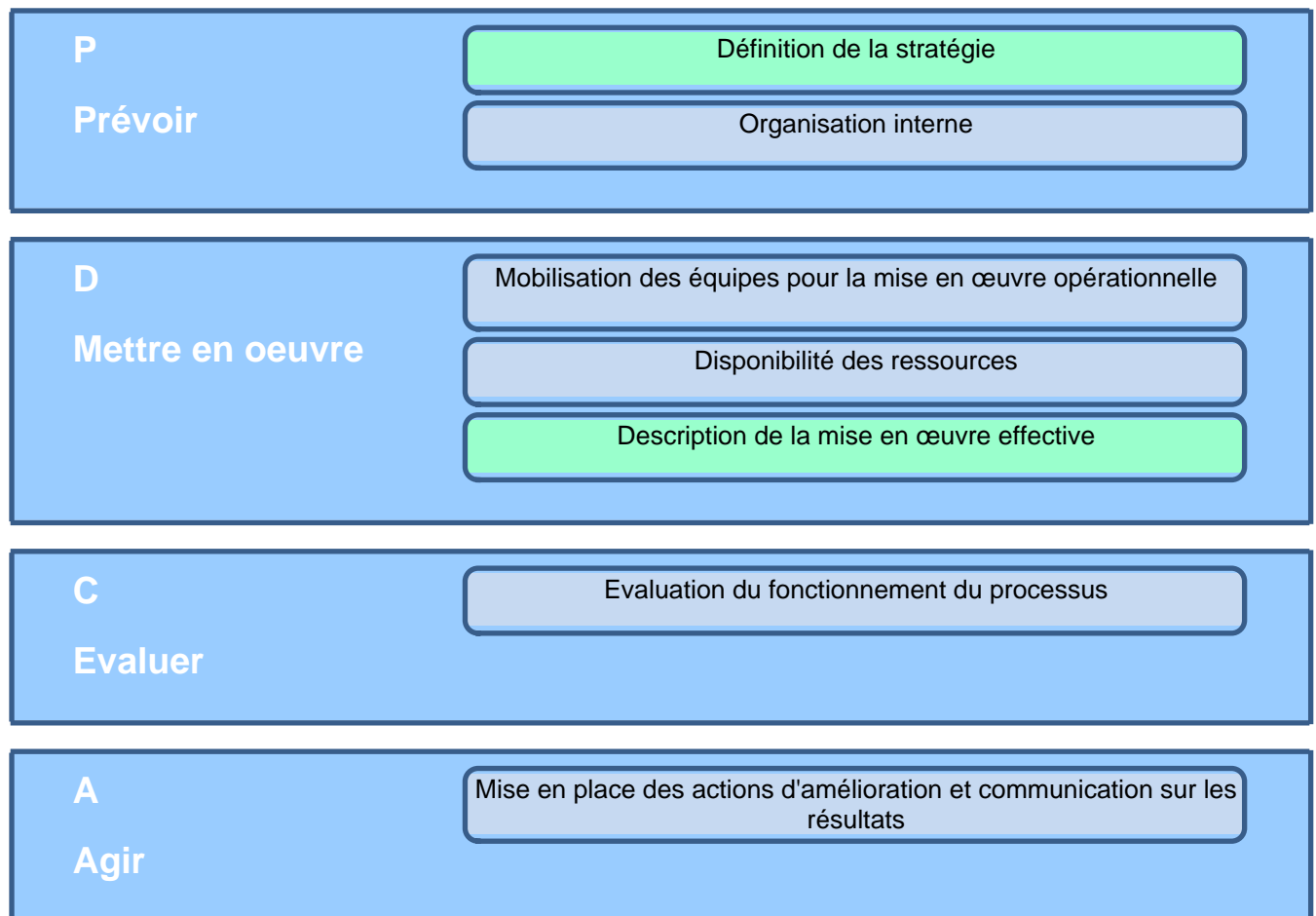
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital La Porte Verte a formalisé sa stratégie du parcours du patient dans son projet d'établissement 2018-2022 et dans sa politique qualité-gestion des risques 2019-2020. Cette politique du processus « Parcours du patient » est définie en cohérence avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France et le Projet Médical Partagé du GHT Yvelines Sud avec lequel l'établissement travaille en étroite collaboration.

Elle vise à :

- Assurer la pertinence de chaque hospitalisation (développement de la télémédecine avec les EHPAD, des consultations gériatriques et de la prise en charge en Hospitalisation de Jour (HDJ), accès téléphonique en urgence 24h/24, hospitalisations directes en provenance de la ville sans passage par les urgences, réponse aux besoins d'aval des SAU).

- Évaluer systématiquement les risques initiaux à l'entrée du patient pour optimiser la prise en charge et prévenir les iatrogénies.

- Prendre en compte la globalité du parcours en offrant un accompagnement en aval de l'hospitalisation.

L'offre de soins proposée répond aux besoins du territoire Yvelines Sud et au contexte sociodémographique. A ce titre, l'établissement a développé 3 filières de prise en charge :

- La filière gériatrique avec 80 lits de médecine et 61 lits de soins de suite.

- La filière oncologique et onco-gériatrique avec 10 lits de médecine, 15 lits de soins de suite et 4 places de chimiothérapie.

- La filière de rééducation fonctionnelle avec 22 lits de rééducation neurologique, 43 lits de rééducation de l'appareil locomoteur et 17 places d'hôpital de jour. Depuis 2017, 10 de ces lits peuvent être transformés en lits gériatriques, lors des épidémies hivernales ou saisonnières.

L'établissement a organisé le processus « Parcours du patient » en 5 parcours de spécialité : Médecine, Soins de suite, Rééducation, Oncologie et Télémédecine - Ambulatoire. Pour chacun de ces parcours, les pilotes (binôme médecin-cadre) ont actualisé, avec un groupe de travail pluridisciplinaire, les risques liés spécifiquement à leur spécialité, à partir des orientations stratégiques de l'établissement, des résultats des indicateurs nationaux et locaux, des plaintes et réclamations, des questionnaires de sortie, des déclarations d'évènements indésirables, des patients traceurs, des Évaluations de Pratiques Professionnelles, des audits et de l'expérience des professionnels.

Trente-trois risques sont recensés dont 5 sont prioritaires. Ces risques ont été hiérarchisés selon la méthodologie HAS et intégrés au compte qualité validé par le COPIL restreint, la CDU et la CME. Leur analyse a permis d'identifier des objectifs d'amélioration repris dans le plan d'actions du compte qualité. Les actions, responsabilités, délais et modalités de suivi sont définis. Ces actions prioritaires sont intégrées dans un plan d'amélioration de la qualité institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital La Porte Verte a défini une organisation afin de piloter le processus « Parcours patient ». Le pilotage stratégique est assuré conjointement par le Directeur d'établissement, le Directeur Médical et le Directeur des soins. Le pilotage opérationnel est assuré, pour chaque parcours de spécialité, par un binôme médecin-cadre, en collaboration avec la Direction Qualité. Leurs rôles et missions sont formalisés dans une fiche de missions générique « pilote de processus ». Ils travaillent en étroite collaboration avec les instances concernées (CLAN, Comité escarres, CLUD, CSTH, cellule identitovigilance).

Afin de favoriser les admissions directes dans le service le plus approprié pour le patient, une ligne téléphonique dédiée est mise en place. Le médecin de garde évalue alors la pertinence de l'hospitalisation et le niveau de soins requis. L'admission se fait ensuite au « Service Porte », ouvert de 9h30 à 18h15. Le médecin réalise l'évaluation initiale du patient (urgence médicale ou sociale, état de santé initial et risques, formalisation des objectifs de la prise en charge) avant son accueil dans l'unité de soins la plus adaptée. Depuis quelques années, l'établissement s'est doté d'un « Bed Manager » qui assure l'optimisation des lits pour répondre au plus près des demandes d'admissions externes en médecine aiguë gériatrique et fluidifier au mieux la filière d'aval entre médecine aiguë et soins de suite.

La sortie du patient est organisée et permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins, si besoin par des visites à domicile menées par le service social et/ou les ergothérapeutes. Un dossier de sortie institutionnel sous forme de pochette rassemble tous les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge (compte rendu d'hospitalisation, fiche de liaison IDE, examens d'imagerie médicale et complémentaires, prescriptions médicales, protocoles et actions d'éducation, rendez-vous médicaux fixés, bon de transport) et est donné le jour de la sortie au patient.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en effectifs et compétences, nécessaires à la prise en charge de ses patients. L'équipe médicale se compose de gériatres, médecins MPR, oncologues. Des avis spécialisés sont proposés aux patients hospitalisés (cardiologie, dermatologie, gastroentérologie, gynécologie, neurologie, oncologie, ORL, pneumologie, rhumatologie, urologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie...). L'équipe pluridisciplinaire comprend

cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, brancardiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciennes, secrétaires médicales, psychologues, diététiciens, assistantes sociales, enseignants d'activités physiques adaptées, relaxologue,... Elle est complétée d'intervenants externes comme les podos-orthésistes et les prothésistes.

Leurs missions sont décrites dans des fiches de poste.

Un plan de formation annuel est établi. Il comprend notamment des thématiques sur la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières, la prévention des chutes, la douleur au quotidien en gériatrie, l'accompagnement en fin de vie, la prévention et la gestion des situations d'agressivité, de conflit et de violence, le K-Taping, le bilan postural et les techniques de rééducation du rachis lombaire, la déficience visuelle chez les personnes âgées, et des formations diplômantes : DU soins palliatifs, DU plaie cicatrisation, DU hypnose, DU douleur, infirmière en pratiques avancées ...

Des actions de sensibilisation sont également organisées tous les mercredis sur des thèmes tels que les troubles de la déglutition, les soins palliatifs et patients en fin de vie, l'initiation en oncologie, le repérage et l'orientation des aidants épuisés, les patients chuteurs : prévention et prise en charge, l'hémovigilance, la prise en charge des plaies ...

Lors des staffs médicaux, sont abordés des thématiques liées à la prise en charge du patient (insuffisance cardiaque et parcours, soins de support, organisation de la prise en charge des troubles de la déglutition, techniques de revascularisation en oncologie, AVC, endocardites, situations complexes et sortie d'hospitalisation, chirurgie du rachis, ...).

Les modalités d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant sont organisées. Lors de leur parcours d'intégration, les médecins bénéficient notamment d'une présentation du fonctionnement du logiciel du dossier patient. Dans les services de soins, le nouveau salarié est doublé par un pair pendant la durée nécessaire à l'assimilation du travail et son intégration.

Les règles de présence sont définies. Un système d'astreintes-gardes médicales, administratives, techniques et soignantes est organisé afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

Les procédures, protocoles, check-lists et outils nécessaires à l'organisation et au déploiement du processus parcours patient sont définis, formalisés et actualisés. Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé et sont à disposition des professionnels.

Une organisation est en place pour la prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques. Pour chaque parcours de spécialité, un schéma du processus actualisé, adossé à sa carte d'identité précise les intervenants, ce qui est à faire, les attendus et les indicateurs pour chaque étape de la prise en charge. La carte d'identité décrit les interfaces entre les activités liées au parcours du patient en incluant celles avec les processus support (ressources humaines, ressources financières, fonctions logistiques, imagerie, biologie, ...). Chaque processus décrit toutes les étapes de prise en charge du patient de son admission à sa sortie : accueil du patient, évaluation initiale de son état de santé avec évaluation des risques initiaux (chute, escarre, déglutition, dénutrition, fugue, suicide), définition de son projet de soins personnalisé ou de son projet de soins-projet de vie, évaluation continue de son état de santé, continuité et coordination de la prise en charge, actions éducatives, anticipation et préparation de la sortie.

Les procédures et protocoles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques, à titre d'exemples : admission et prise en charge d'un patient en rééducation, en soins de suite ou en cancérologie, admission et prise en charge initiale en médecine aiguë, prise en charge des escarres, prévention et prise en charge des patients chuteurs, prise en charge des troubles de la déglutition, dépistage et prise en charge de la dénutrition, dépistage initial, identification et prise en charge du patient à risque suicidaire, prévention du risque de fugue et conduite à tenir en cas de disparition inquiétante, transfusion culots globulaires rouges, sortie de court séjour et transfert en soins de suite, ...

En cas d'urgence vitale, un dispositif adapté de prise en charge est défini. Ce dispositif est décrit dans la procédure « urgence vitale d'un patient hospitalisé en unité de soins : Chaîne de survie intra-hospitalière » avec appel du numéro unique de l'équipe de réponse aux urgences vitales intra-hospitalières. De la même façon, un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Il est décrit dans la procédure « Urgence vitale hors unité de soins, personne hospitalisée ou non : Chaîne de survie intra-hospitalière ».

Le secteur de balnéothérapie fait l'objet d'un règlement intérieur et une procédure en décrit les modalités d'organisation et de prise en charge (contre-indications médicales temporaires et absolues, prescription médicale, planification des séances, présence d'un aide de balnéothérapie et d'un rééducateur, ...).

De nombreux documents d'information et outils d'aide sont mis à disposition des professionnels, pour exemples : affiches « chaîne de survie intra-hospitalière », « Vous avez un patient à risque de fugue dans votre service », « évaluation de la douleur », « consignes transfusionnelles », « livret urgences », « information aux soignants concernant le bracelet anti fugue (BAF) », guide « prescription des transports sanitaires », ...

L'information des patients et de leur entourage est organisée et développée au travers d'affichages, du site internet, du livret d'accueil et de supports d'information tels que les chartes de fonctionnement de l'hôpital de jour de Rééducation et de l'hôpital de jour d'oncologie – chimiothérapie, les fiches conseils pour la reprise alimentaire en cas de trouble sévère de la déglutition pour le repas, et guide des aliments en cas de troubles de la déglutition, les fiches d'information sur les structures relais après la sortie en cas d'idées liées au suicide, les bracelets anti fugues, la transfusion sanguine, les supports d'actions éducatives (vivre avec ma prothèse, quels sports puis-je pratiquer ?, auto-rééducation de la paralysie

faciale centrale, ...), le dossier de sortie du patient, ...

Les ressources matérielles nécessaires au regard des risques et besoins identifiés sur le processus sont établies. Le plateau technique se compose de deux grandes salles de rééducation, équipées d'un matériel adapté. D'autres locaux dédiés complètent ces espaces : salle de bobath, salle de psychomotricité, salle d'ergothérapie, balnéothérapie, ... Le parc informatique et le choix des logiciels répondent aux attentes des professionnels. Les équipements et matériels sont adaptés aussi bien dans les services de soins que sur les plateaux techniques : chambre robotisée, lits électriques, chariots d'urgence, appareils à ECG, lève malades, tensiomètres électroniques, lits neuro, chaises de pesée, bladder scan, barres parallèles, plans bobath, verticalisateurs, arthromoteurs, appareil de cryothérapie, tapis, appareil LPG, ...

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, pour assurer la complémentarité des compétences entre les secteurs d'activité (unités de soins, plateaux techniques, services supports) et pour fluidifier le parcours des patients. L'Hôpital La Porte Verte travaille en étroite collaboration avec le GHT Yvelines Sud. Il a développé de nombreux réseaux et conclu une trentaine de conventions avec les EHPAD de son territoire. Il développe des partenariats avec le secteur du handicap. Des rencontres avec médecins hospitaliers et médecins libéraux sont organisées et l'établissement structure son ouverture vers la ville grâce à un comité ville-hôpital qui se réunit deux fois par an.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour chaque parcours de spécialité, c'est le « binôme qualité médecin/cadre », qui impulse une démarche d'amélioration au sein de son unité. Dans tous les secteurs, les professionnels ont été impliqués dans la mise à jour de la cartographie des risques relative au parcours de spécialité (Méthode MétaPlan). Des objectifs et des plans d'actions opérationnels, communs aux parcours de spécialités ou propres à un parcours sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres informent régulièrement les équipes sur les objectifs à atteindre, sur l'avancée des plans d'actions et sur les résultats obtenus lors des réunions de service. Les réunions « binôme qualité médecin/cadre » assurent la transmission des informations, des décisions et des actions arrêtées par le COPIL Qualité Gestion des Risques au sein des unités et font remonter l'état d'avancement de la démarche. La proximité des pilotes institutionnels favorise cette communication. Les équipes ont accès via le portail qualité de l'établissement aux comptes rendus de réunions, aux résultats des évaluations de leur secteur et à ceux de l'établissement, notamment celles concernant la satisfaction des usagers. Les professionnels s'impliquent dans la définition et la mise en œuvre des actions d'amélioration définies au sein de leur unité, suite aux différentes évaluations menées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs des professionnels répondent aux besoins, à l'activité et aux spécificités des patients pris en charge et sont retrouvés sur le terrain. Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge 24h/24. Les compétences non disponibles en interne sont recherchées à l'extérieur (médecins spécialistes vacataires). Les formations prévues sont réalisées conformément au plan de formation. Les actions de sensibilisation sont effectivement menées lors des mercredis des professionnels et des staffs médicaux. Les professionnels rencontrés confirment notamment être formés aux gestes d'urgence. L'intégration des nouveaux arrivants et des stagiaires est effective avec un accompagnement spécifique par un pair, ce qu'ont témoigné un interne, 3 professionnels paramédicaux et une étudiante infirmière. Les procédures, les outils d'aide et les documents d'information concernant le parcours patient sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé. Ils sont actualisés, à disposition des professionnels et connus d'eux. Les locaux visités et le matériel disponible répondent à l'activité et aux exigences des patients pris en charge : personnes âgées, patients porteurs de handicap moteur ou sensoriel. Le parc informatique y compris portable est largement déployé. Un chariot d'urgence est opérationnel et disponible dans chaque unité de soins. Un sac d'urgence est prévu pour l'intervention sur le plateau technique et à l'extérieur de l'établissement, de l'équipe de réponse aux urgences vitales intra-hospitalières. Leur ouverture et leur vérification sont tracées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes de chaque parcours de spécialité mettent en œuvre l'organisation prévue à chaque étape de la prise en charge. Le planning mensuel des astreintes-gardes médicales, administratives, techniques et soignantes est affiché dans chaque unité et connu des professionnels. Ils connaissent la conduite à tenir en cas de dégradation de l'état de santé du patient ou d'urgence vitale avec appel d'un numéro dédié.

Chaque unité organise une prise en charge adaptée à la population spécifique qu'elle prend en charge : personnes âgées, maladies chroniques, personnes atteintes d'un handicap, personnes démunies, soins palliatifs.

Tous les patients sont admis après un processus de pré-admission qu'ils proviennent de l'Hôpital La Porte Verte, d'un autre établissement de santé, du domicile ou d'un établissement médico-social.

Pour les patients de médecine aiguë, l'accord médical pour l'admission d'un patient est donné par le médecin de garde, qui reçoit l'appel sur une ligne directe, puis remplit, en cas d'accord, une « demande

d'admission d'un patient ». A son admission, le patient est d'abord pris en charge par le service porte (aux horaires d'ouverture), avant d'être transféré dans son service d'accueil.

Le recrutement des patients de soins de suite se fait très majoritairement en interne mais aussi de l'extérieur (établissements de soins et domicile).

Pour la rééducation, le recrutement émane en majorité des services d'orthopédie et de neurologie des établissements de courts séjours. Un médecin MPR participe d'ailleurs au staff hebdomadaire du Centre Hospitalier de Versailles.

Toutefois, il n'y a pas d'exercice de simulation de la procédure d'urgence en balnéothérapie. Deux professionnels sont toujours présents lors des séances de balnéothérapie : le rééducateur avec les patients et un agent formé AFGSU de niveau 1 en dehors du bassin. Un téléphone avec les consignes d'appel d'urgence sont à disposition au sein de la balnéothérapie. Les consignes sont connues des professionnels. Cependant, il n'y a pas d'exercice de simulation de la procédure d'urgence en balnéothérapie notamment en cas de malaise d'un patient dans l'eau. L'organisation mise en place n'est donc pas évaluée.

Les demandes d'admission sont réalisées par le biais de l'outil Trajectoire, quelquefois par FAX pour les admissions externes, puis traitées en commission des admissions.

L'accueil est organisé et le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de sa prise en charge. L'accueil et le soutien de l'entourage sont assurés : pour les situations de fin de vie, un lit accompagnant peut être proposé aux proches. Une salle des familles est à leur disposition.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification du patient est effective avec notamment la vérification de l'identité du patient à son entrée (carte d'identité) par les secrétaires de l'accueil administratif. Les professionnels vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription médicale, la règle des 5B est notamment appliquée lors de l'administration d'un médicament.

Une évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dès son arrivée et tracée dans le dossier patient informatisé (DPI), successivement par un binôme IDE/ASD (IDE au service porte), puis par le médecin :

- Binôme IDE /ASD : installation du patient, pose du bracelet d'identification, remise du livret d'accueil et du questionnaire de satisfaction, inventaire des effets personnels, remise du formulaire « personne de confiance », prise des constantes vitales, évaluation de la douleur, du risque d'escarre, réalisation d'un ECG, planification des soins dans le DPI, mesure du poids et de la taille, remise de la carte de renseignement relative à l'unité, ...

- Bilan médical initial (motif d'admission, antécédents, histoire de la maladie, recueil des risques initiaux, données sociales, projet de soins initial...) réalisé soit au service porte pour les patients de médecine aiguë, soit directement dans le service pour les patients de soins de suite et de rééducation. Les prescriptions médicamenteuses tiennent compte du traitement personnel. Le caractère « autonome » ou non du patient à la prise de médicaments est tracé. Les soins infirmiers, les bilans et actes de rééducation, le régime alimentaire sont définis et tracés. Les demandes d'examens biologiques, radiologiques sont prescrites et les résultats intégrés au dossier patient informatisé. Ils sont disponibles dans des délais compatibles avec la prise en charge.

L'identification et la prise en charge du risque suicidaire sont effectives, tracées, avec possibilité de solliciter l'avis de la psychologue ou d'un psychiatre vacataire. Le dépistage des troubles nutritionnels et leur suivi par la diététicienne sont réalisés et tracés dans le DPI. Pour limiter le jeûne nocturne, une collation est proposée vers 22h aux patients. Le projet personnalisé de soins ou le projet de soins-projet de vie, intégrant la réflexion bénéfice- risque, est établi en concertation avec les professionnels concernés et en impliquant le patient et son entourage. Il est tracé dans le DPI. Il est réévalué lors des réunions hebdomadaires pluri professionnelles, organisées dans chaque secteur. En oncologie, les RCP sont établies tous les jeudis.

Tous les intervenants de la prise en charge rédigent leurs observations dans le DPI (médecins spécialistes vacataires, rééducateurs, assistants sociales, diététiciennes, psychologues, ...).

Des actions éducatives sont menées par exemple sur l'apprentissage d'un geste ou d'une technique de soin (auto-sondage, stomie, insuline, ...). Des conseils pratiques sont donnés : après chirurgie de la hanche ou du genou, après chirurgie du rachis, dans le cadre de SEP ou d'AVC, de troubles de la déglutition, ...

Pour chaque parcours de spécialité, un courrier est adressé dans les 48h au médecin adresseur, signifiant son hospitalisation, avec le nom du médecin référent de l'unité.

La sortie du patient est organisée le plus tôt possible après son admission, en concertation avec le patient, son entourage et le service social pour les patients avec profil social complexe. Des visites au domicile de certains patients peuvent être réalisées par les ergothérapeutes et le service social.

Les documents remis au patient assurent la continuité des soins : pochette « votre dossier de sortie » avec compte-rendu d'hospitalisation daté et signé, fiche de liaison paramédicale, bilans biologiques, clichés d'imagerie et résultats d'examens complémentaires, prescriptions médicamenteuses, d'aides techniques, de soins infirmiers, de rééducation, de contrôles biologiques ou radiologiques, de bon de transport, protocoles et informations éducatives, rendez-vous divers, ... L'étude des 4 patients traceurs prévus sur le temps de visite confirme la mise en œuvre et la traçabilité dans le dossier patient

informatisé des éléments permettant le suivi et la coordination des différents professionnels intervenant dans la prise en charge des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Hôpital La Porte Verte organise différentes modalités d'évaluation du parcours patient. Le suivi régulier de la progression d'indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre : indicateurs Qualité Sécurité des Soins, indicateurs spécifiques à l'établissement suite à l'identification des risques (taux d'évaluations des risques initiaux, taux de lettres de liaison de transfert validées le jour du transfert, taux de médecins traitants renseignés dans PS du séjour, nombre de personnes formées à l'urgence, taux de remises à la sortie de la lettre de liaison, ...). Dix patients traceurs ont été réalisés en 2018. Des audits internes sont menés notamment sur la traçabilité des informations dans le DPI.

Six EPP sont menées sur les thèmes suivants :

- Détection et prévention des risques de chute.
- Dépistage et prévention du risque de fugue.
- Prévention des chutes par l'utilisation de capteurs sans contact en court séjour gériatrique.
- Pertinence des transfusions sanguines après 19h.
- Prise en charge en rééducation des patients post AVC catégorie 3.
- Validation d'un protocole d'autorééducation de la paralysie faciale centrale.

Les questionnaires de sortie (taux de satisfaction de l'accompagnement du service social, taux de satisfaction sur l'organisation de la sortie), les plaintes et réclamations sont recueillis et analysés. Les événements indésirables liés au parcours du patient sont analysés, leur nombre est suivi (139 en 2018, 146 en 2017). Des RMM sont organisées.

A / AGIR

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

L'Hôpital La Porte Verte met en œuvre un dispositif d'amélioration continue du parcours patient. Les actions d'amélioration sont identifiées en fonction des résultats d'évaluation. Les actions prévues sont menées : pour exemples, mise en place d'une consultation post AVC, traçabilité de l'avis neuro-vasculaire, participation d'un professionnel de la rééducation aux réunions pluriprofessionnelles, traçabilité du projet de soins-projet de vie, rédaction d'une procédure spécifique pour la prise en charge de l'urgence vitale sur les plateaux de rééducation, rédaction d'une procédure de validation anticipée des chimiothérapies (Circuit externalisé de préparation des chimiothérapies), organisation des consultations onco-gériatriques, mise en place d'une RCP dédiée aux soins de support, ... Ces actions du Compte Qualité sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel.

Une communication des résultats des évaluations et des actions conduites est faite aux professionnels via l'encadrement, le binôme qualité médecin-cadre mais aussi via la gestion documentaire informatisée. Elles sont aussi communiquées aux usagers dans le cadre de la CDU.

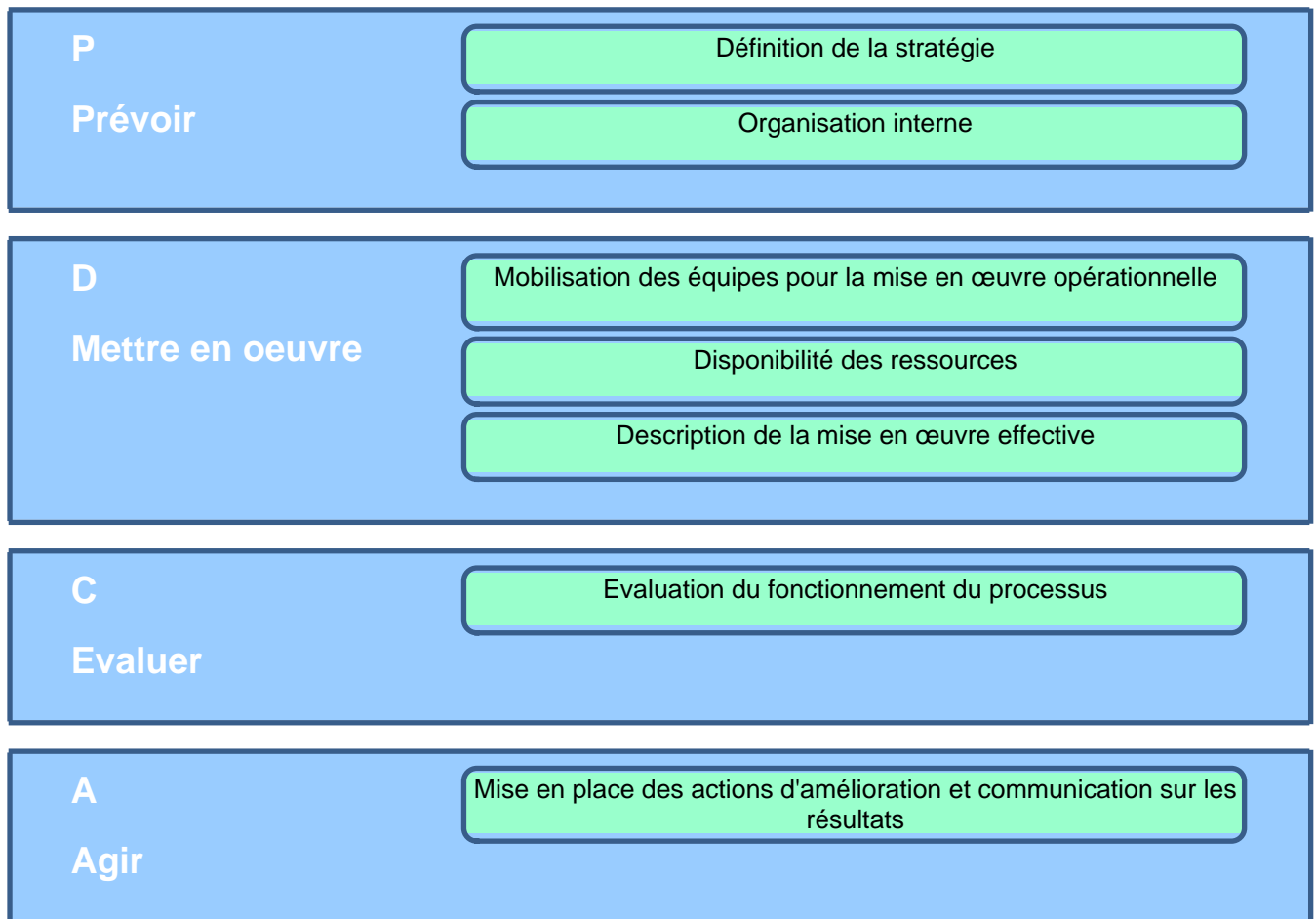
DOSSIER PATIENT

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

L'hôpital la Porte Verte dispose d'une stratégie et des objectifs concernant le dossier patient sont définis. Cette stratégie est inscrite dans le projet qualité 2019 2020.

La stratégie, contenue dans la politique et le programme qualité et gestion des risques, est déclinée à travers 15 processus dont un est consacré spécifiquement au dossier patient. Les objectifs 2019-2020 sont :

1. Optimiser l'utilisation du dossier patient informatisé HM

- Élaborer un programme de formation
- Sensibiliser les professionnels aux fonctionnalités des applications de leur métier
- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques

2. Garantir les bonnes pratiques de tenue du dossier patient

- Sensibiliser et former l'ensemble des professionnels de santé à l'ensemble des fonctionnalités de l'application HM et aux bonnes pratiques demandées par la commission dossier patient

Les risques ont été déterminés par le comité du Dossier en s'appuyant sur la méthode méta-plan et en tenant compte des données des indicateurs, des FEI, des questionnaires de satisfaction et des remarques des personnels. Trois risques ont été retenus et hiérarchisés selon la méthode préconisée par la HAS. Des plans d'actions ont été mis en place et intégrés dans le PAQ de l'établissement. Au moment de la visite, la majorité des actions sont réalisées et les autres en cours de déploiement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage du processus dossier patient est assuré par un pilote médecin secondé par un cadre et le responsable informatique et renforcé par une commission du dossier patient qui se réunit tous les 2 mois. La fiche de mission du pilote est établie. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans une procédure qui a été mise à jour le 06/09/19. Une procédure de tenue du dossier par les rééducateurs a été validée le 27/08/19. La procédure précise les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité et l'archivage du dossier. L'accès du patient à son dossier est organisée par une procédure « demande communication du dossier patient » mise à jour le 30/09/19.

Un formulaire de demande d'accès est disponible sur la base documentaire via les professionnels des services. L'information du patient quant à ses droits d'accès au dossier est assurée par le livret d'accueil.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires. Les professionnels administratifs (secrétaire médicale, direction) et soignants habilités à accéder au dossier du patient sont identifiés. L'établissement a mis à disposition des professionnels des formations concernant l'accès du patient à son dossier et l'utilisation du dossier patient informatisé. Depuis la dernière certification, l'établissement a recruté un spécialiste du logiciel du dossier patient permettant d'effectuer les modifications nécessaires selon les besoins de manière plus rapide et efficace qu'auparavant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La direction et les pilotes du processus impulse une démarche d'amélioration au sein des services concernés. Celle-ci s'appuie sur la mise en œuvre du plan d'action consacré au dossier patient, prévu au programme qualité et gestion des risques. Les plans d'actions comportent des objectifs d'amélioration. Le comité du dossier patient qui est pluridisciplinaire, renforce aussi la mobilisation de l'établissement et des professionnels sur ce point. L'encadrement médical et soignant des services sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur la conformité des pratiques par rapports aux règles et procédures de l'établissement. Les binômes médecin / cadre de santé présents dans chaque secteur communiquent sur le dossier patient si besoin. En cas de dysfonctionnement dans les pratiques, les réajustements sont effectués directement au sein des services. Des actions correctives à plus long terme sont identifiées en cas de besoin dans le cadre de la mise à jour des plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'Hôpital La Porte Verte a prévu les ressources matérielles nécessaires. Le dossier patient informatisé permet aux professionnels de tracer les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. La numérisation des éléments papiers est en cours d'achèvement. La sécurité, l'intégrité et la

confidentialité des informations sont organisées. Le local d'archive des dossiers papier est spécifique, adapté et conforme aux normes.

Les modalités sont identifiées dans le schéma directeur du système informatique. La continuité des informations nécessaire à la prise en charge des patients est assurée.

Les professionnels connaissent le mode opératoire.

L'établissement a prévu les ressources documentaires nécessaires. La base documentaire informatisée permet aux professionnels d'accéder aux règles de tenue et d'accès au dossier tant que de besoin. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le circuit du dossier patient permet la mobilisation et la coordination de l'ensemble des professionnels internes et externe à l'établissement, tout au long de la prise en charge du patient (lettre de liaison médicale, fiche de liaison IDE en cas de transfert).

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les professionnels connaissent les bonnes pratiques en matière de gestion et d'accès au dossier patient et les experts ont pu constater au cours de la visite la maîtrise de l'outil par les professionnels.

Les staffs quotidiens et les « mercredis des soignants » renforcent les acquis. Les nouveaux professionnels sont formés au sein des équipes, chaque nouvel arrivant bénéficiant d'une travail en doublure pendant plusieurs jours. Chaque médecin et soignant, y compris les correspondants externes, dispose d'un identifiant personnel pour accéder au dossier patient.

Pour le PMSI l'établissement dispose d'un DIM à temps partiel (2 jours par semaine) et d'une TIM temps plein pour le MCO et également pour le SSR.

Les ressources en documentation sont disponibles dans chaque service. Les règles de gestion et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels par le biais du portail qualité. Les procédures correspondantes sont connues par le personnel concerné. Les documents concernant les droits d'accès du patient au dossier sont mis à disposition. Les patients sont informés par le livret d'accueil. Le formulaire de demande d'accès est dans la base documentaire.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le dossier patient informatisé permet aux professionnels de créer, tracer et accéder aux éléments constitutifs de la prise en charge du patient. Ce dossier est de manière régulière amélioré et complété pour atteindre une exhaustivité et conduire au 0 papier. Le matériel informatique mis à disposition des professionnels est en nombre adapté aux besoins des unités.

Les locaux de l'établissement permettent d'archiver les éléments papier des dossiers des années récentes, le reste étant externalisé. Un prestataire agréé assure les destructions d'archives nécessaires. Les sauvegardes de données et les plans de reprise garantissent la continuité des informations nécessaires à la prise en charge en cas de panne informatique (PRA, sauvegarde toutes les heures sur clé USB des plans de soins, de la liste des plateaux repas et des procédures et protocoles ce qui permet la mise en place de la procédure dégradée et de disposer rapidement des exemplaires papier pour assurer la continuité des soins).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La communication des informations entre les professionnels et avec les correspondants externes est réalisée en temps utile. L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux alimentent le dossier, chacun dans leur partie. La complétude du dossier est en progression constante.

Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier est assuré. Les circuits sont respectés et les interfaces prévues entre les services sont opérationnelles. Ils confortent la prise en charge pluridisciplinaire des patients tout au long de son parcours. Les traçabilités sont assurées. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est effectuée en temps utile dans le dossier ainsi que celles qui concernent les évaluations cliniques obligatoires (antibiothérapie, contentions, etc...). Ces éléments ont été confirmés par les patients traceurs réalisés au cours de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure réévaluation régulière du dossier patient. L'évaluation se fonde sur l'utilisation d'outils identifiés, notamment des indicateurs et des audits. Les indicateurs IQSS sont suivis. D'autres indicateurs, propres à l'établissement, sont opérationnels. Les indicateurs hôpital numérique sont suivis et exploités. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients et d'accès du patient à son dossier est assurée à l'aide d'indicateurs. Le délai de traitement des demandes (en 2018, 4 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 13 jours pour les autres) est évalué. La CDU est informée des demandes d'accès et de leur traitement.

Le bilan d'activité fait état de 15 demandes en 2018. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

Les indicateurs mobilisés sont notamment :

- Taux de remplissage des évaluations des risques unité par unité dans le dossier patient : Dénutrition

infection, escarre, fonction rénale, risque de suicide, risque de fugue, risque de chute, social, état d'urgence

- Traçabilité de la douleur
- Taux de présence du Formulaire personne de confiance
- Taux d'envoi de la lettre de 48 h
- Délai d'envoi de la lettre de liaison
- Délai d'envoi au patient de son dossier
- Taux de réévaluation de l'antibiothérapie à J2 et à J7 Indicateurs.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions. Elles sont mises en œuvre dans le cadre d'un programme structure. Elles concernent la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier. La commission du dossier est active dans cette dynamique. On note par exemple la mise en place et la pérennisation du dossier patient, l'évolution progressive vers le zéro papier, l'implantation de tablettes dans les couloirs pour faciliter le remplissage du dossier, proche du soin, le recrutement d'un Référent DPI en relation avec le responsable info et la mise en place d'un Portail médical et d'un Portail IDE spécifique pour améliorer l'ergonomie du dossier... Des supports et des modalités de diffusion sont établis concernant les indicateurs IQSS (affichage) et les indicateurs hôpital numérique. L'avancée des plans d'action d'amélioration est connue. La communication des résultats est réalisée en interne et en externe auprès des professionnels et des usagers par voie d'affichage, par le portail qualité, le site internet ou bien via l'encadrement des services et des secteurs d'activité. Les usagers sont informés dans le cadre de la CDU.

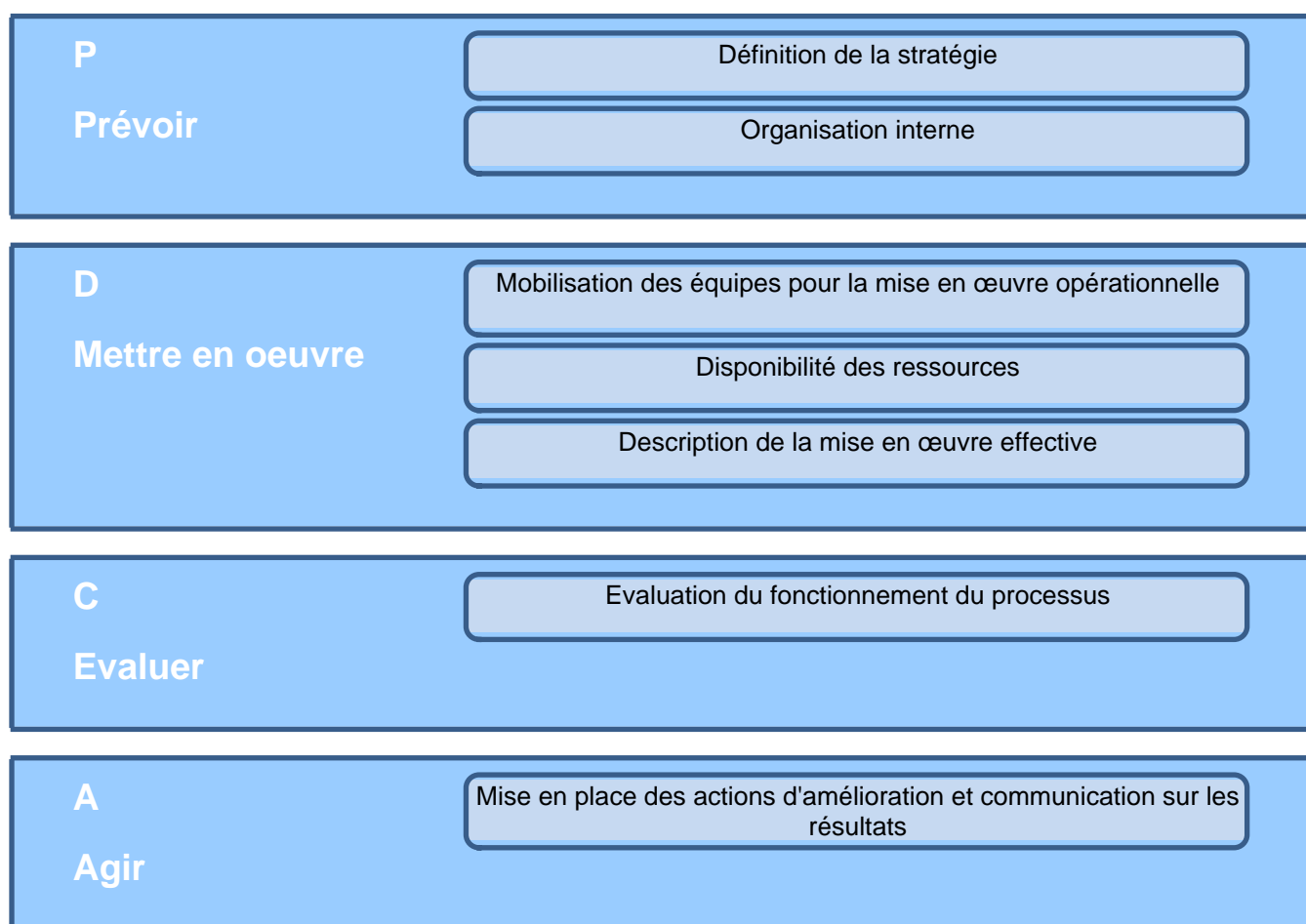
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital La Porte Verte a actualisé sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles (DMS) dans son projet d'établissement 2018-2022. Cette politique est déclinée dans la politique qualité et gestion des risques 2019-2020 et dans le manuel qualité du processus de management de la PECM. Elle tient compte des fragilités propres aux patients que l'établissement reçoit. Une attention toute particulière est apportée à la personne âgée. Elle est établie en cohérence avec les risques identifiés dans le compte qualité et vise à sécuriser toutes les étapes du circuit du médicament et des DMS avec comme objectif principal, le respect de la règle des 5B (administrer au Bon patient, le Bon médicament – DMS, à la Bonne dose, par la Bonne voie et au Bon moment).

Les risques ont été actualisés en 2018 en groupe de travail pluriprofessionnel (pharmacien, préparatrice en pharmacie, cadre de santé et médecin - infirmière par secteur), avec le soutien de la Direction Qualité et Gestion des Risques. Cette identification des risques a été réalisée à partir d'une analyse du processus de PECM grâce aux outils ArchiMed et Inter Diag, des déclarations d'évènements indésirables et leur analyse en RMM ou CREX, des non conformités recueillies en pharmacie (PUI), du suivi d'indicateurs, des résultats des audits et EPP menés, de la réglementation en vigueur, des exigences et du suivi du CAQES.

Quinze risques sont recensés dont 4 sont prioritaires, hiérarchisés selon la méthodologie préconisée par la HAS. Ils sont intégrés au compte qualité et leur analyse a permis d'identifier des objectifs d'amélioration repris dans le plan d'actions du compte qualité. Les actions, responsabilités, délais et modalités de suivi sont définis. Ces actions prioritaires sont intégrées dans un plan d'amélioration de la qualité, validé par le COPIL restreint, le COMEDIMS et la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital La Porte Verte a défini une organisation afin de piloter le processus « management de la PECM ». Un binôme pharmacien adjoint - cadre de santé est identifié pilote du processus. Leurs rôles et missions sont formalisés dans une fiche de missions générique « pilote de processus ». Ils travaillent en étroite collaboration avec le COMEDIMS, le CLIN et le CLUD.

Un schéma du processus « management de la PECM » actualisé en mai 2019, adossé à la carte d'identité du processus décrit les intervenants, ce qui est à faire et les attendus pour chaque étape du circuit du médicament. Ce dernier est complètement informatisé de la prescription à l'administration.

La PUI assure une dispensation journalière individuelle nominative pour le secteur de médecine et une dispensation individuelle nominative, trois par semaine, pour les secteurs de soins de suite et de rééducation. Pour ce faire, l'achat de doses unitaires est privilégié, sinon les comprimés sont reconditionnés. Un ré-étiquetage des plaquettes de médicaments non identifiables est prévu. L'analyse pharmaceutique de niveau 2, incluant le traitement personnel, est réalisée pour chaque patient admis. Elle est poursuivie au cours de l'hospitalisation pour les patients sélectionnés ou à risque. Elle est développée via les alertes dans le logiciel du dossier patient informatisé, alertes portant sur les doses, interactions, contre-indications, allergies, redondances médicamenteuses.

La liste des médecins prescripteurs habilités, actualisée par le Directeur Médical en septembre 2019, est affichée à la PUI.

La permanence pharmaceutique est organisée. Une dotation pour besoins urgents est à disposition dans chaque unité et dans le SAS de la PUI, dans des armoires sécurisées. Des conventions sont signées avec deux établissements voisins en cas de besoin urgent d'un médicament non disponible dans l'établissement. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la permission, le transfert ou la sortie du patient : gestion du traitement personnel du patient, conciliation médicamenteuse de sortie, gestion des traitements prescrits lors des permissions, ...

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en effectifs et compétences, nécessaires au management de la PECM. L'organigramme de la PUI a été actualisé en septembre 2019. Le pharmacien chef de service, également correspondant pharmacovigilance et matériovigilance, est secondé par un pharmacien adjoint, nommé en avril 2019 responsable du système de management de la qualité de la PECM et des DMS. Ils sont aidés de 6 préparatrices en pharmacie (5 ETP), chacune référente d'un secteur de soins, et d'un magasinier. Leurs missions sont décrites dans des fiches de poste.

Les plans de formation prévoient des actions de formation des professionnels au management de la PECM : à titre d'exemples « Prévention des erreurs médicamenteuses évitables », « Conciliation médicamenteuse », « Prise en charge médicamenteuse du patient », ... Des actions de sensibilisations en interne sont organisées tous les mercredis sur des thèmes variés (prise en charge médicamenteuse et DMS, utilisation du MEOPA, PCA, ...) et lors des staffs médicaux (polymédication et personnes âgées, traitement de la douleur chez la personne âgée, risques d'erreurs médicamenteuses, ...).

Les modalités d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant sont organisées. Lors de leur parcours d'intégration, les médecins bénéficient d'une présentation par le pharmacien, du fonctionnement du circuit

du médicament, des risques liés aux médicaments en complément de la formation sur le dossier patient informatisé. Une check-list des éléments à connaître par les nouveaux salariés de la pharmacie est formalisée. Dans les services de soins, le nouvel arrivant est doublé par une infirmière pendant environ une semaine.

Les procédures et outils nécessaires à l'organisation et au déploiement du processus « management de la PECM » sont définis, formalisés et actualisés. Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé et sont à disposition des professionnels. De nombreuses procédures décrivent les règles et support de prescription, les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments : à titre d'exemples, « Prescription, dispensation et administration des médicaments et des traitements personnels », « Prescription, dispensation et gestion des stupéfiants », « Approvisionnement de médicaments en urgence : nuit, week-end et jours fériés », « Procédure d'acheminement des produits pharmaceutiques vers les services », « Liste institutionnelle des médicaments à risque », « Dispositif de non interruption de tâches lors de l'administration des médicaments », « Auto-administration des traitements prescrits », « Gestion des traitements prescrits lors des permissions », « Gestion et contrôle des chariots d'urgence dans les unités de soins », « Circuit de prise en charge du patient recevant une chimiothérapie », « Gestion des périmés », « Réfrigérateurs médicaments : stockage, suivi de la température et nettoyage »,...

Des outils d'aide à la prescription, la dispensation et l'administration sont définis, actualisés et à la disposition des professionnels comme la base Claude Bernard, le livret thérapeutique, le livret du bon usage des antibiotiques, l'outil Stopp/Start, la liste des médicaments écrasables, les affiches « prescription d'un médicament », « modification d'un traitement habituel », les fiches « surveillance biologique des traitements anticoagulants », « nouveaux anticoagulants - utilisation des AOD », les « Flash Pharma » sur le processus de PECM, le transport, la règle des 5B, les médicaments à risque de confusion, les CREX, ...

Des supports d'information sont également mis à disposition des patients (fiches d'information sur les cytostatiques, la toxine botulique, les anticoagulants, les traitements morphiniques ou dérivés ...).

Les locaux de la PUI, les équipements et le matériel nécessaires au regard des risques et des besoins de l'établissement sont identifiés.

Chaque unité dispose d'une armoire de dotation pour les besoins urgents et les stupéfiants, sécurisée, automatisée et connectée à un système informatique permettant le contrôle des stocks et des dispensations par le pharmacien, de chariots à médicaments fermés par code, d'une enceinte réfrigérée avec automatisation de la traçabilité de la température et des alarmes, de broyeurs de médicaments mécaniques... Les caisses de transport sont sécurisées (couvercles et scellés).

L'entretien des locaux et du matériel de transport est défini. Le respect de la chaîne du froid des médicaments thermosensibles (stockage et transport) est organisé. Un chariot d'urgence est disponible dans chaque unité, de composition identique avec DSA, bouteille d'oxygène, matériel d'aspiration portable et plan dur. Un sac d'urgence est prévu pour l'intervention de l'équipe de réponse aux urgences vitales intra-hospitalières sur le plateau technique et à l'extérieur de l'établissement. Leur contrôle est organisé. Les médicaments à risque sont identifiés dans les armoires sécurisées par un message pop-up « médicament à risque ».

Le parc informatique, notamment portable, est prévu. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activités. Les interfaces avec les autres processus sont répertoriées dans la carte d'identité du processus « management de la PECM » : biologie, logistique, système d'information, gestion du risque infectieux, prise en charge, dossier patient, droits du patient, ...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs opérationnels du plan d'amélioration de la qualité de la PECM sont communs à l'ensemble des secteurs de l'Hôpital La Porte Verte et sont déclinés via des réunions « binôme qualité médecin/cadre », dans chaque unité de soins. Ce binôme, en collaboration avec les pharmaciens, communique auprès des professionnels sur les enjeux de la thématique « management de la PECM » au regard des prises en charge et de la population âgée accueillie, sur les risques identifiés, objectifs et plans d'actions établis. Il fait également remonter au COPIL restreint les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions d'amélioration, les points à améliorer, les points positifs... Les cadres, à travers les réunions de service, informent régulièrement leurs équipes sur l'avancée des plans d'actions. Ils encouragent les équipes à la déclaration des événements indésirables (EI) liés au circuit du médicament (122 en 2018). Ils les informent sur les résultats des différentes évaluations menées : indicateurs, audits, EPP, patients traceurs, bilan des EI déclarés, analyse des EI en CREX ...

Les équipes ont accès aux diaporamas, comptes-rendus de réunions, résultats des évaluations de leur secteur via le portail qualité de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux exigences du management de la PECM et sont retrouvés sur le terrain. Les formations prévues sont réalisées conformément aux plans de

formation. Notamment la formation à la prévention des erreurs médicamenteuses évitables est reconduite chaque année. Les professionnels sont sensibilisés aux bonnes pratiques en lien avec le circuit du médicament. Le tutorat pour les nouveaux arrivants, sur le dossier patient et la gestion documentaire informatisée est effectif. Les procédures et les outils d'aide concernant le circuit du médicament sont intégrés au dispositif de gestion documentaire informatisé. Ils sont à disposition des professionnels et connus d'eux. Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les unités de soins et à la PUI. Ils sont sécurisés. Les réfrigérateurs sont exclusivement dédiés au stockage des médicaments. La température est tracée, l'entretien prévu est réalisé et tracé. Les scellés des chariots d'urgence sont posés et les contrôles effectués et tracés selon la périodicité définie. Les médicaments à risque sont identifiés (toxine botulique, stupéfiants, anticancéreux, insuline, anticoagulants, chlorure de potassium, médicaments de l'urgence vitale). Le parc informatique et notamment la présence d'ordinateurs portables, permet l'accès à l'information, aux prescriptions et la traçabilité de l'administration en temps réel. En cas de panne du logiciel, une procédure dégradée, connue des professionnels, permet l'accès aux planifications de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels connaissent et respectent les règles, procédures, protocoles, l'organisation établie et les circuits définis. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, y compris en cas de permission ou de transfert. Les médicaments personnels du patient lui sont retirés et sont stockés dans l'armoire de dotation pour besoins urgents. Ce retrait est systématiquement tracé dans le dossier patient informatisé (DPI). Le patient est informé de cette pratique dans le livret d'accueil. La prescription médicale est informatisée, effective dès l'entrée, prenant en compte le traitement personnel après l'évaluation initiale de l'état de santé du patient. La prescription des stupéfiants respecte les spécifications afférentes. Le médecin trace l'information délivrée au patient. Le pharmacien réalise une analyse pharmaceutique a priori du traitement complet, incluant le traitement personnel. La traçabilité de son analyse et de ses observations éventuelles est effective dans le DPI. Les observations issues des patients traceurs confirment les constats faits lors de l'audit de processus. Le transport des médicaments vers les unités de soins répond aux exigences suivantes : hygiène, contenant hermétique, respect de la chaîne du froid pour les thermosensibles, traçabilité. Les règles de stockage, tant à la PUI que dans les dotations, respectent les bonnes pratiques. La sécurisation des médicaments à risque est effective. La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée en temps réel sur ordinateur portable par l'ensemble des infirmières rencontrées, que ce soit en chambre ou en salle de repas. Le médicament reste identifiable jusqu'au moment de la prise. Pour limiter les interruptions de tâche, chaque infirmière porte un gilet rouge « Ne pas déranger » pendant l'administration des médicaments et confie le téléphone à l'aide-soignante. La surveillance thérapeutique du patient est réalisée. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est tracée. Les prescriptions de sortie prennent en compte la réglementation et les recommandations de la HAS et font l'objet d'une conciliation médicamenteuse avec intégration d'un volet médicamenteux dans la lettre de liaison ou le document de sortie. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus. L'ensemble des actes et vérifications lié à la PECM est tracé sur des supports adaptés : liste des prescripteurs habilités, check-list de vérification du chariot d'urgence, traçabilité des périmés, suivi journalier de la température de l'enceinte réfrigérée, ... La coordination des professionnels pour la PECM du patient est effective, au moyen d'une communication quotidienne entre les infirmières et les professionnels de la pharmacie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Hôpital La Porte Verte organise différentes modalités d'évaluation de la thématique « management de la prise en charge médicamenteuse ». Des audits sont organisés sur les différentes étapes du processus. En 2018-2019 ont été menés des audits sur la dispensation journalière individuelle nominative, les armoires sécurisées pour les dotations pour besoins urgents et les stupéfiants, le stockage des DMS dans les unités de soins, les chariots d'urgence 2 fois par an et la conformité du stockage du potassium injectable dans les unités de soins. 4 EPP sont menées sur les thèmes suivants :

- Élaboration d'un livret de bon usage des ATB,
- Management de la prise en charge par anticoagulant,
- Bonnes pratiques et pertinence de l'antibiothérapie,
- Interruption de tâches pendant l'administration médicamenteuse.

Dix patients traceurs ont été réalisés en 2018. Le suivi régulier de la progression d'indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre : indicateurs Qualité Sécurité des Soins, indicateurs du CAQES, coût des périmés, dépannages à une pharmacie d'un

établissement extérieur, FEI relatives à l'administration médicamenteuse, FEI relatives aux stupéfiants, FEI relatives aux médicaments à risque, montant annuel des dépenses de médicaments (hors T2a), suivi semestriel des indications des prescriptions de molécules hors GHS, tenue des armoires de dotation pour besoins urgents. Les erreurs médicamenteuses sont analysées avec les professionnels concernés en RMM ou en CREX (une par an depuis 2017). Lors des journées d'expertise organisées bi-annuellement, l'établissement a organisé une chambre des erreurs afin que les professionnels puissent sur un mode ludique, dépister notamment des erreurs liées au circuit du médicament. En PUI, les non conformités des produits dispensés sont identifiées, tracées dans un tableau de recueil et sont analysées avec les préparatrices en pharmacie.

A / AGIR

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

L'Hôpital La Porte Verte met en œuvre un dispositif d'amélioration continue du processus « Management de la PECM ». Les actions d'amélioration sont identifiées en fonction des résultats d'évaluation. Les actions prévues sont menées : pour exemples, l'équipement de chaque unité de soins d'armoires sécurisées, la mise en place de gilets rouges « ne pas déranger » pendant l'administration des médicaments, avec réponse aux appels par les aides-soignants, le paramétrage d'une voie et d'une unité de prescription par défaut dans le DPI, l'automatisation de la traçabilité des températures et des alarmes pour les enceintes réfrigérées au niveau de la PUI, la mise en œuvre de l'outil Stopp/Start, la conciliation médicamenteuse de sortie avec intégration d'un volet médicamenteux dans la lettre de liaison à la sortie ou le document de sortie, la signature de conventions avec 2 établissements de santé partenaires pour les dépannages exceptionnels en médicaments urgents ...

Ces actions du Compte Qualité sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel. Une communication des résultats des évaluations et des actions conduites est faite aux professionnels via l'encadrement, le binôme qualité médecin – cadre et les pharmaciens mais aussi via la gestion documentaire informatisée. La CDU est également informée.