



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
FRÉDÉRIC HENRI MANHES

8 rue roger clavier
91712 Fleury Merogis
JUILLET 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	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER FREDERIC HENRI MANHES	
Adresse	8 rue roger clavier 91712 Fleury Merogis
Département / région	ESSONNE / 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	910014919	UNION MUTUALISTE D'INITIATIVE SANTE	8 rue roger clavier 91700 FLEURY MEROGIS
Etablissement de santé	910150010	CENTRE HOSPITALIER FREDERIC HENRI MANHES	8 rue roger clavier 91712 Fleury Merogis

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de séances de dialyse
MCO	Médecine	2	/	14679
Santé mentale	Psychiatrie générale	30	/	/
SSR	SSR	30	30	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS GPS91 (Guérir Prévenir Soigner Essonne) – groupement 5 ESPIC
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

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	H ou F	Dialyse	Insuffisance Rénale	Hospitalisation Programmée	1 patient(e) pec pour hémodialyse	MCO
2	H ou F	SSRA	Affections liées aux conduites addictives	Hospitalisation Programmée	1 patient(e) pec en SSR Addictologie	SSR
3	H ou F Personne âgée	SSR polyvalent	Polypathologie	Hospitalisation Programmée	1 patient(e) pec en soins de suite polyvalent	SSR
4	H ou F	Unité Nutrition	Affections systèmes digestifs métabolique	Hospitalisation Programmée	Complexe	SSR
5	H ou F	Service psychiatrie	Dépression	Hospitalisation Programmée	complexe avec ECT	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

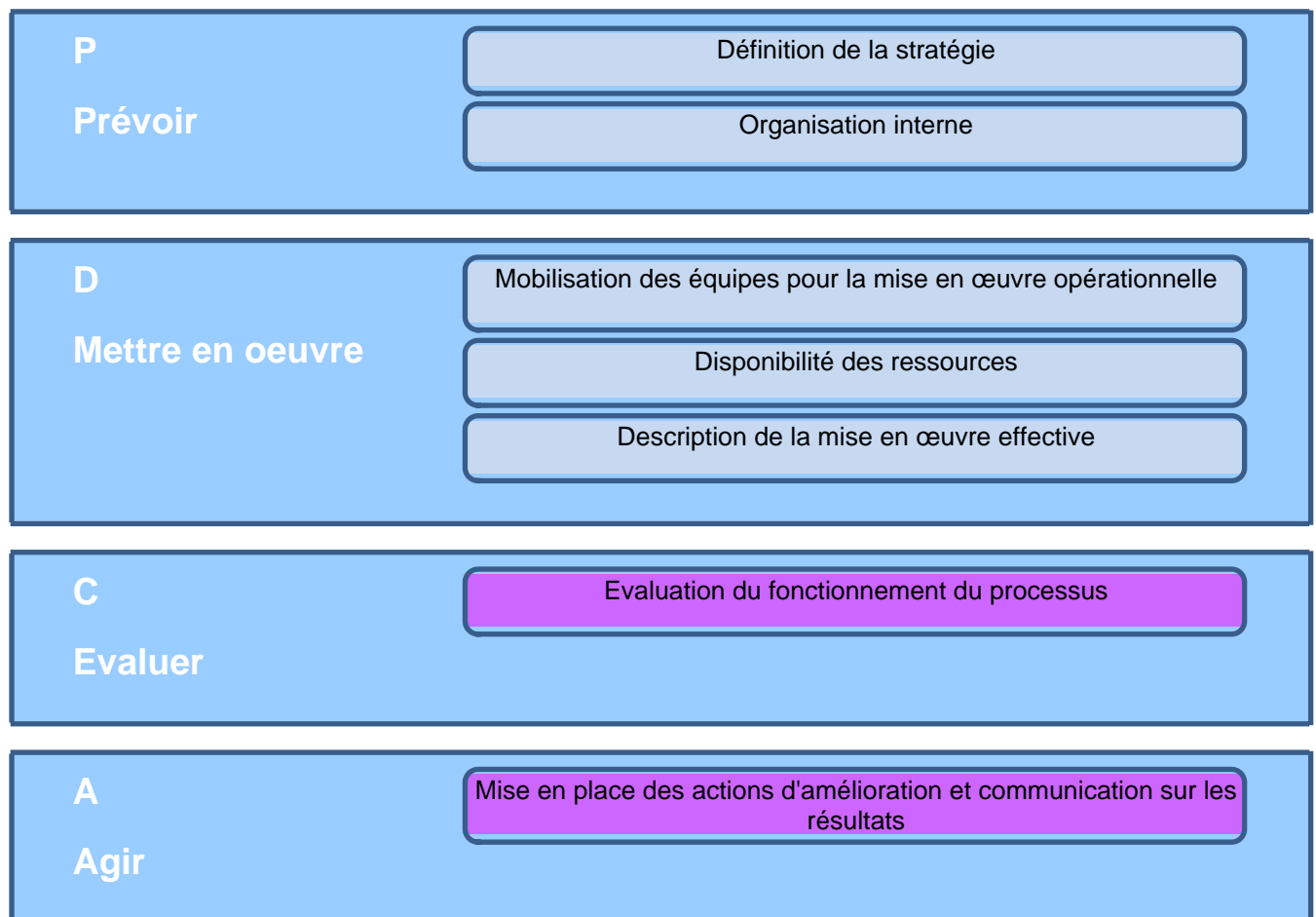
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès (CH.F. Manhès) est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), faisant partie de l'Union Mutualiste d'Initiative Santé (UMIS) qui regroupe 5 établissements ESPIC sanitaires, sociaux et médico-sociaux de l'Essonne, des Hauts-de-seine et du Loir-et-Cher. Le CH.F. Manhès est situé sur le même site que l'EHPAD Marcel Paul et le Centre de Rééducation Professionnel Jean Moulin.

Il exerce 3 activités médicales avec des consultations externes, organisées en 2 pôles : un pôle Soins de Suite et de Réadaptation-Hémodialyse et un pôle Psychiatrie.

Il a intégré un Groupement de Coopération Sanitaire qui regroupe les 5 établissements de l'Essonne : le GPS 91 (Guérir, Prévenir, Soigner en Essonne).

La politique d'amélioration de la qualité gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. Elle est formalisée dans la partie 2 de son projet d'établissement 2017-2021 et dans son document "stratégie Qualité et Gestion des Risques" du 1er octobre 2018. Dans cette stratégie, 10 axes sont définis et 4 axes sont retenues prioritaires: favoriser la participation des patients et des Représentants des Usagers (RU) à la vie de l'établissement, analyser et améliorer les pratiques avec les formations dispensées par la Directrice des Soins (DSI) et la réalisation annuelle d'un patient traceur pour chaque prise en charge, mettre en place les parcours et le Dossier Médical Partagé, poursuivre le déploiement des RMM et des REX. Cette politique est portée par la Direction et la CME. Elle est co-construite avec les orientations stratégiques du GCS GPS 91 dont le Projet Médical, validé par les instances en juillet 2017, comporte, dans son 3ème axe stratégique "L'efficacité pour l'ensemble des établissements de GPS 91", le développement d'un programme continu d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Pour préparer la certification une méthodologie a été définie dès septembre 2018 : établissement des fiches de mission des pilotes, renouvellement des pilotes de thématiques, création de groupes de travail pluri-professionnel sur les différentes thématiques, établissement du Compte Qualité, réalisation de patients traceurs et diffusion d'une information aux professionnels sur la certification au cours de 9 réunions d'information afin de les sensibiliser et de les impliquer dans les démarches qualité et sécurité des soins.

L'identification des risques s'est appuyée, en premier lieu, sur la réactualisation de la cartographie des risques. Les risques a posteriori ont été pris en compte et analysés : décisions de la première visite de certification V2014, analyse des indicateurs nationaux IQSS et HN et des indicateurs internes, prise en compte des Événements Indésirables (EI), plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction des patients, bilan des démarches collectives (EPP, CREX, REX). Elle tient compte des orientations nationales du programme national pour la sécurité du patient, des orientations stratégiques du Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) contractualisé avec l'ARS Île-de-France à effet du 12 juillet 2016 et du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES) qui fixent des objectifs d'amélioration dont la mesure d'atteinte est liée à des indicateurs, la réponse aux obligations légales et réglementaires et la gestion des crises.

L'analyse des risque et la priorisation ont été réalisées avec les professionnels selon l'échelle proposée par la HAS, de gravité et de criticité pondérées par un niveau de maîtrise. Des plans et fiches actions prioritaires sur les principaux risques ont été programmés.

La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme institutionnel d'actions de la qualité et de la sécurité de soins (PAQSS), formalisé, priorisé, unique, prenant en compte l'ensemble des éléments attendus. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Le traitement des risques est géré en mode projet : responsables des actions, objectifs définis, actions planifiées, échéances, modalités de suivi.

Le compte qualité de l'établissement est une extraction des risques prioritaires.

Le programme d'actions préventive et corrective et le Compte Qualité ont été présentés et validés en juin 2019 par les instances de l'établissement : Direction, CME, CLIN, CoDIR Qualité/Risques.

Les représentants des usagers ont été associés à toutes ces démarches, à la rédaction des documents lors des réunions de la CDU, aux patients traceurs et le Compte qualité leur a été transmis dans son intégralité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du management de la qualité et de la gestion de risques du CH F. Manhès est organisée autour de trois instances. Un organigramme de la démarche qualité-gestion des risques en précise sa structuration.

Le CoDir Qualité/Risques est la structure de pilotage possédant un rôle stratégique décisionnel. Ce comité regroupe les pilotes institutionnels : Directeur, Président de CME, Cadre Supérieur de Santé et Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques. Il définit, valide et met à jour la politique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques. Il coordonne les actions qualités/risques au niveau stratégique. Il valide le Compte Qualité.

La Cellule Qualité assure le pilotage opérationnel de la démarche. Elle est composée du Directeur, du Médecin, chef de pôle SSR/Hémodialyse-Président de CME, du Pharmacien gérant, des Cadre Supérieur de Santé, cadre de pôle SSR/Hémodialyse, Cadre de Santé du service de Psychiatrie, Cadre de Santé SSR, du responsable Système d'Information et logistique et de la Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques. Cette instance a pour missions de piloter la démarche de certification et d'organiser le suivi, de coordonner et superviser les actions correctives, de proposer des missions d'évaluation, de sensibiliser le personnel à la démarche qualité.

Le COVIRIS (COordination des Vlgilances et des RISques) est la structure qui coordonne les vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la gestion des risques. Elle est constituée des professionnels désignés Matéριοvigilant, Hémovigilant, Infectiovigilant, Réactovigilant, Pharmacovigilant, Identitovigilant, du Directeur, du Cadre Supérieur de Santé, des Cadres de santé et du Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques, d'un soignant de chaque service clinique et d'un agent d'accueil.

Les pilotes du processus management de la qualité et gestion des risques sont au niveau stratégique : le Directeur, le Président de la CME, le Cadre Supérieur de Santé, la Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques.

Le pilote opérationnel est la Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques. Les pilotes de processus sont en charge du suivi de l'avancement des plans d'actions issus du compte qualité.

Les commissions (COMEDIMS, CLAN, Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et MédicoTechnique...), et les référents thématiques (douleur, hygiène, dossier...) complètent l'organisation interne.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

Les besoins en ressources humaines nécessaires sont identifiés. La fonction de Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS) est assurée conformément au décret du 12 novembre 2010 par la Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques. Tous les pilotes des thématiques et instances sont identifiés institutionnellement et leur rôle et responsabilité sont formalisés dans une fiche de poste.

L'adéquation entre les effectifs, les compétences mises à disposition et l'activité est assurée. Le recrutement est organisé. L'établissement organise les remplacements des personnels par des vacataires fidélisés formés. Le dispositif d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants est organisé avec tutorat. Un plan de formation, intégré au plan de formation global de l'établissement, identifie les besoins en formation des professionnels ; elles sont organisées, soit en interne par la Directrice des soins, soit en externe, par des organismes de formation, par des formations universitaires ou mutualisées avec les établissements du GPS 91.

Les journées d'information et de sensibilisation sur la qualité et sécurité des soins sont organisées : journée Sécurité du patient, hygiène des mains, chambre des erreurs.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré, informatisé, régulièrement mis à jour et connu. Une plateforme internet intègre à la fois la gestion documentaire et la démarche qualité et gestion des risques. Elle intègre les procédures formalisées, permet la saisie en ligne des fiches d'événements indésirables, et assure également la communication interne.

Les locaux, les matériels et équipements sont identifiés. Des plans de maintenance préventifs et curatifs des locaux sont formalisés et organisés par l'équipe de maintenance de l'établissement qui en charge l'entretien des bâtiments, la sécurité incendie, la sécurité des personnes et des biens.

Les équipements et matériels sont prévus quantitativement et qualitativement. La maintenance préventive et curative est assurée par l'équipe de maintenance et les fournisseurs des équipements.

Le service informatique du CH F. Manhès et un prestataire externe structurent le développement, le fonctionnement, la maintenance et la sécurité du système d'information hospitalier (SIH).

La gestion des interfaces est organisée formellement et assure l'articulation cohérente des différentes structures participant à la qualité et à la gestion des risques.

Les instances (CLIN, CLUD, CME, CDU...) sont opérationnelles. Elles communiquent les résultats des indicateurs de suivi des plans d'actions à la Cellule Qualité.

Le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels sont organisés dans les trois services. La Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques apporte son expertise auprès des praticiens et met à jour le tableau de bord des EPP. La direction détache les moyens nécessaires à l'organisation de démarches. Une cellule Recherche en Soins Paramédicaux organise un partenariat avec le GPS 91 dans la définition et la mise en œuvre de thématiques EPP.

Le système des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements

indésirables.

La veille sanitaire et la réponse aux alertes sanitaires ascendantes et descendantes est organisée. Les vigilants sont identifiées en interne et par les organismes nationaux de veille sanitaire. L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle sont organisés. Un référent hémovigilance est identifiée.

Les procédures de gestion de crise et de déclenchement de la cellule de crise sont prévues. Le plan blanc est organisé. Une astreinte de la direction est organisé 7j/7, 24h/24.

Une astreinte technique et informatique est organisée au niveau du groupe par les responsables des fonctions transversales.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux différents services (psychiatrie, hémodialyse, SSR) sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les plans d'actions présentés par instance, par service et par pilotes sont discutés et remontés à la cellule qualité. Chaque thématique abordée fait l'objet d'une organisation: thème abordé en réunions de service groupe de travail dédié. La mise en œuvre repose sur une concertation de l'ensemble des professionnels et de l'établissement qui favorise l'implication des équipes. La Responsable Qualité et Coordonnateur des Risques réalise systématiquement un point qualité lors des réunions mensuelles des cadres. La Responsable Qualité et la DSI centralisent les informations, assurent la cohérence, l'aide méthodologique et le suivi de la gestion documentaire.

La communication de l'avancement de la démarche est présentée aux personnels lors des réunions hebdomadaire des équipes soignantes, et des réunions inter services mensuelles). Un point de suivi est aussi à l'ordre du jour des 4 réunions annuelles de la CME.

La responsable Qualité et Coordonnateur des Risques et les Cadres sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service.

Depuis plusieurs années, l'établissement a créé et formé des référents pour la douleur, la pharmacovigilance, l'hygiène, la matériovigilance... Au sein des services, les cadres organisent l'information de leur personnel, par voie d'affichage et lors de réunions de service. Les IQSS sont affichés et connues. Les comptes-rendus, les audits, les indicateurs sont diffusés dans la Gestion Électronique Documentaire (GED). Les acteurs des processus de soins (professionnels de santé, instances, usagers) sont associés à la rédaction des procédures, des documents de travail et d'information. Les professionnels déclarent les évènements indésirables ; cette déclaration est favorisée grâce à l'existence d'une charte d'incitation au signalement. Ils participent à l'analyse des causes lors des RMM/CREX (par exemple en SSR, chute avec fracture, arrêt cardiaque au cours d'une séance d'hémodialyse). La mise en place des patients traceurs participe à la formation et à la sensibilisation des professionnels à la démarche qualité dans la prise en charge du patient.

Les professionnels ont été sollicités, notamment pour préparer la certification : groupe de travail pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaire.

La responsable Qualité et Coordonnateur des Risques et les Cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des évaluations périodiques des activités et du niveau de connaissance par les professionnels sont effectuées lors d'audits : audit de tenue des dossiers, recueil des indicateurs IQSS mené avec la méthodologie HAS, suivi des chutes par service, ...

Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin : dysfonctionnements, actions prioritaires du CQ, résultats des indicateurs IQSS, fiches d'évènements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans les services.

Les compétences et effectifs répondent aux besoins et à la réglementation (hémodialyse, activité de sismothérapie sous anesthésie générale en psychiatrie) pour assurer l'activité.

Le maintien des compétences assuré. Les formations initialement inscrites dans le plan annuel sont réalisées ou en cours : formation des pilotes de processus, formation au nouveau logiciel de gestion documentaire et à la déclaration des EI, analyse des EI, méthodologie patient traceurs, appropriation de la réalisation des CREX et des RMM.

Le dispositif de gestion documentaire électronique est opérationnel, connu et utilisé par les professionnels. Ce logiciel rassemble les documents actualisés, les audits et évaluations, les PV des instances et une application de déclaration des EI. Après validation par la Direction, la CME et la Cellule qualité, les cadres informent les professionnels de la mise en service d'un nouveau document ou d'une nouvelle version d'un document existant. Des classeurs avec des procédures dégradées sont présents dans chaque service en cas de panne.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. Les équipements, et matériels sont disponibles, adaptés et fonctionnels. Les outils informatiques sont en nombre suffisant, disponibles, adaptés, fonctionnels et sécurisés par login et mot de passe. Les maintenance préventives et curatives sont effectives, suivies et tracées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

La démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle ; elle permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de traitement. Les objectifs opérationnels issus de la cartographie des risques a priori sont déclinés au niveau des services de soins et techniques. Ces objectifs sont traduits en plan d'actions d'amélioration.

Le dispositif de signalement et le traitement des événements indésirables sont déployés sur l'ensemble des secteurs d'activité. Il est connu des professionnels. Il permet une analyse des causes profondes en associant les acteurs concernés. Le suivi d'une déclaration d'un EI et leur analyse est effectué par la Responsable Qualité et la DSI et évoqué en CoDir si nécessaire. Lors de la déclaration d'un EI grave, celui-ci est analysé lors des réunions bimensuelles de RMM / REX institutionnel. Le retour au déclarant est assuré par le logiciel de manière automatisé. Puis un point est effectué en réunion de service par le cadre de santé/ et /ou lors des réunions inter-services par la Responsable Qualité.

L'exploitation des plaintes et réclamations (réclamations écrites via courrier, réclamations orales déclarées par le personnel dans le logiciel institutionnel), très peu nombreuses, implique les professionnels et les usagers. La rétro-information s'effectue lors d'une analyse annuelle en CDU. Les 4 réunions réglementaires de la CDU sont effectives avec 4 représentants des usagers formés et très impliqués.

La démarche EPP est déployée et l'engagement des professionnels est effectif. Elles sont pour la majorité multi-services : RMM / REX institutionnelle, revue des indicateurs IQSS non conforme aux attendus impliquant l'élaboration d'un plan d'actions avec suivi.

Une EPP est réalisée en partenariat avec le GPS 91 : revue de pertinence des journées d'hospitalisation complète au sein des 5 établissements GPS 91.

Les services connaissent la gestion de crise et, pendant la visite des experts-visiteurs, le plan blanc grandeur réelle était déployé en raison de l'épidémie à coronavirus.

Les règles de sécurité transfusionnelle dans les secteurs concernées sont rappelées et l'accompagnement est réalisé par l'hémovigilant.

Les modes de déclaration des alertes pour les vigilances sont connus des professionnels. La coordination des dispositifs de vigilances et de veille sanitaire et de gestion de la qualité et des risques est mise en œuvre.

La traçabilité des actions et activités est assurée : fiches d'événements indésirables, tableau de bord des EPP, comptes-rendus de RMM/CREX, suivi des vigilances, tableau de bord des indicateurs, questionnaire de satisfaction des patients.

Les instances sont opérationnelles : le PAQSS leur a été soumis, elles examinent les tableaux de bords des indicateurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital Frédéric-Henri Manhès assure l'évaluation du système de management qualité et gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité.

Il suit les indicateurs obligatoires nationaux de qualité et de sécurité : Infections associées aux soins (ICALIN, ICATB, ICSHA), IQSS transversaux (qualité de la lettre de liaison Projet de soins-Projet de vie, évaluation de la douleur en SSR) et Hôpital Numérique ; il participe à l'expérimentation pour la Psychiatrie en 2019 : qualité de la lettre de liaison à la sortie, évaluation de la prise en charge de la douleur somatique, évaluation cardio-vasculaire et métabolique, gastro-intestinale, prise en charge des addictions.

Les indicateurs de suivi du CPOM et du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins sont adressés annuellement aux instances régionales.

Il suit ses indicateurs internes : le taux de FEI, le taux de FEI traitées, le nombre de CREX, le nombre de professionnels formés aux outils de la démarche qualité, le taux de retour des questionnaires de sortie.

Les indicateurs issues des audits sont analysés: audit du dossier patient en SSR, Psychiatrie et Dialyse,

audit hygiène (gestion des excréta, tri des déchets), audit du médicament (dotation de service, gestion traitement personnel), enquête Qualité de Vie au Travail (mode garde enfant, activité physique), autoévaluation (regards croisés sur la bientraitance).

L'EPP revue de pertinence des journées d'hospitalisation complète au sein des 5 établissements GPS 91 a été présentée lors du séminaire médico-soignant du 19 juin 2018.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée par les questionnaires de sortie des patients hospitalisés, le questionnaire des patients hémodialysés, le questionnaire en hôpital de jour SSR nutrition et addictologie et la restauration.

Ces évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives. Ils permettent la comparaison avec les établissements du GPS 91 pour l'EPP revue de pertinence des journées d'hospitalisation.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration en lien avec les résultats des évaluations sont mises en œuvre avec les professionnels et sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Parmi celles-ci, on peut citer les actions menées pour améliorer le dispositif suite à la première certification V2014 : la formalisation des missions des pilotes et des instances, la participation des représentants des usagers à la démarche qualité en les faisant participer au groupe de travail et au patient traceur et en instituant un "café info". Il faut également citer la mise en service en septembre 2018, et les nombreuses formations qui l'ont accompagnées, de la plateforme informatique avec l'intégration de la documentation contenus dans l'ex-intranet et en décembre 2018, l'appli pour la déclaration en ligne des EI.

Suites à ces actions d'amélioration, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est réajusté en début d'année lors du bilan annuel Gestion des Risques. L'efficacité des actions est évaluée ; il conduit à des ajustements de la politique et des objectifs en fonction des résultats des évaluations. La revue de pertinence des journées d'hospitalisation complète permet la comparaison avec les établissements du GPS 91 et participe à un partage d'expérience sur les organisations mises en place.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe. Au près des professionnels, lors des réunions de service, inter-services ou avec le CGS et lors des manifestations ponctuelles (semaine de la sécurité des patients).

Le programme d'actions du PAQSS est édité dans la GED : il regroupe toutes les actions d'amélioration, l'évaluation de dossiers patient, des questionnaires de satisfaction, des patients traceurs et l'analyse des EI, RMM/REX. Les informations sont également diffusées par voie d'affichage au sein des services.

Les usagers sont informés en réunion de CDU et lors des "café Info". Les indicateurs IQSS sont affichés dans le hall d'accueil de l'hôpital.

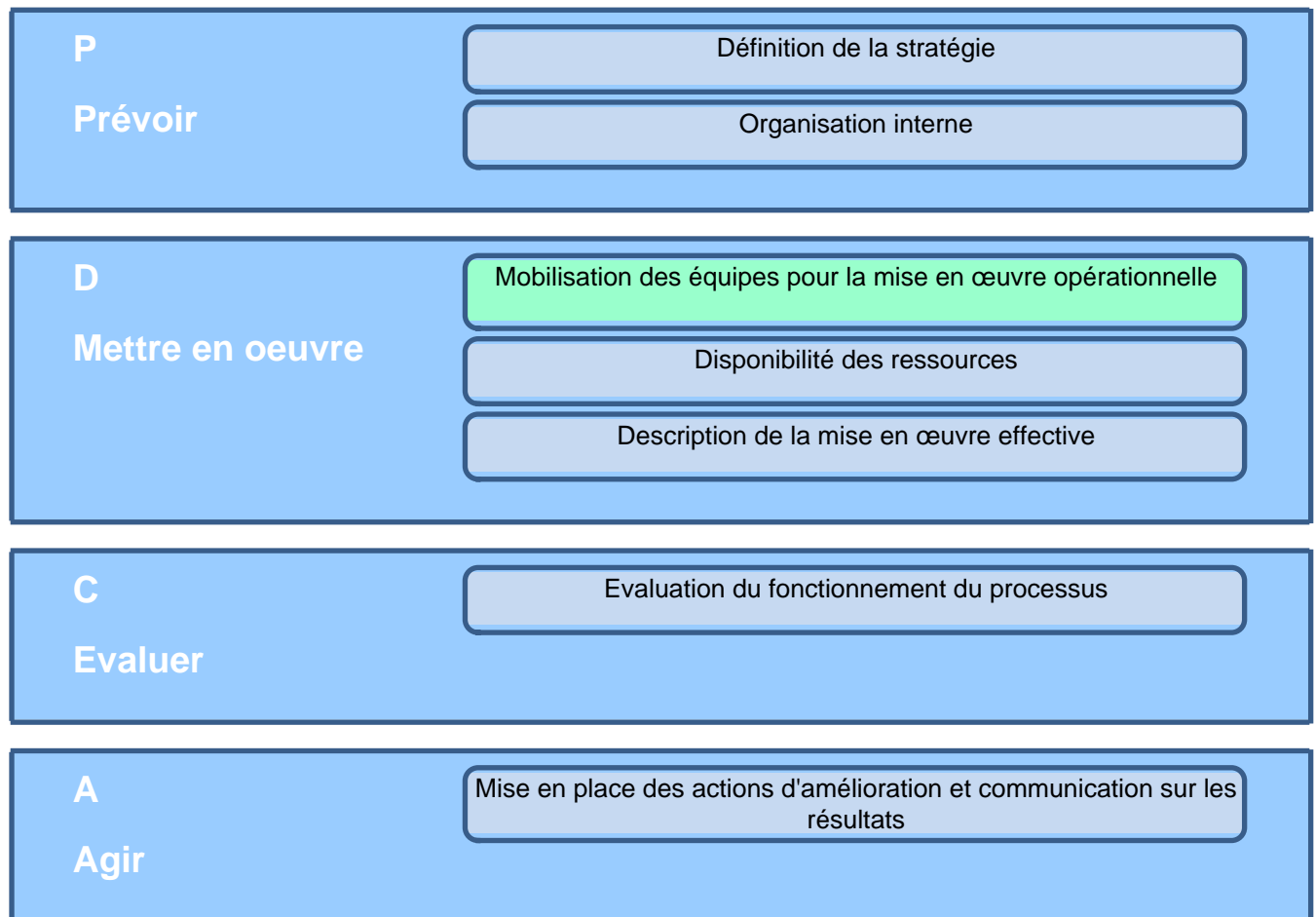
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 maîtrise du risque infectieux est intégrée dans le 8ème axe de la Stratégie Qualité et Risque du Centre Hospitalier Frédéric-Henri Mahhès (CH F.Manhès) validée le 1er octobre 2018 et est formalisée dans un document "stratégie du CLIAS 2018-2022" présenté aux instances le 26 mars 2019. Elle repose sur le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) et le programme national pour la sécurité du patient (PNSP). Elle est en cohérence avec les items 5 à 8 du chapitre II du rapport d'auto-évaluation du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) contractualisé avec l'ARS Île-de-France : vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB), maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes.

Les données mobilisées pour identifier et analyser les risques utilisent la méthode institutionnelle du CH F.Manhès : désignation des pilotes, analyse pluri-professionnelle par un groupe de travail conduisant à l'actualisation de la cartographie des risques ; celle-ci a utilisé l'outil de cartographie du risque infectieux du Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins (CPias) Île-de-France. Les risques a posteriori sont pris en compte et proviennent du dernier rapport de certification, des résultats des indicateurs nationaux de lutte contre les Infections Associées Aux Soins, des données des audits réalisées par l'établissement, des EPP, du recueil des événements indésirables, du suivi des plaintes et réclamations. Il prend en compte également l'identification des secteurs à risques (hémodialyse) et les parcours patient. Les risques identifiés sont hiérarchisés en réunion pluridisciplinaire en utilisant les matrices de fréquence, criticité et maîtrise de la HAS.

Ils sont le support de formalisation d'un programme institutionnel d'action formalisé, priorisé. Ce programme est présent aux instances de l'établissement (Direction, CoDIR, CME, CDU) qui valident l'analyse des risques, les plans d'actions et les modalités de mise en œuvre du programme. Les ressources et les modalités de suivi sont identifiées. Les modalités de mise en œuvre du plan d'action sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

Le Compte Qualité comporte 7 risques identifiés à partir des risques les plus critiques priorisés par les professionnels sur la cartographie du processus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation en concertation avec la CME et le Coordonnateur de la Gestion des Risques pour piloter le processus, organiser et définir les moyens de la maîtrise du risque infectieux, des conditions d'hygiènes optimales des locaux et pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

Le pilotage stratégique de la démarche est assuré par les membres constitutifs du CoDir Qualité/Risques : le Chef de Pôle SSR/Dialyse-Président de la CME, le Directeur, le Cadre Supérieur de Santé-Directrice des Soins, la Responsable Qualité/ Coordonnateur des Risques.

L'opérationnalité de la démarche est assurée par le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) présidé par le Président de CME. Le programme du CLIAS est validé chaque année par la Direction, la CME et la CDU. Les objectifs issus du programme du CLIAS sont déclinés en plans d'action intégrés dans le PAQSS institutionnel.

Le dispositif est complété par une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et trois cellules. Une Cellule Antibiotique/Infections Nosocomiales (Cellule ATBIN) ; elle est composée de deux médecins et de l'IDE hygiéniste; elle organise la promotion du bon usage des antibiotiques et le dispositif de surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques ; un médecin infectiologue du Centre Hospitalier de Bligny, appartenant au GPS 91, est Référent antibiotique. Une Cellule Eau, présidée par la Pharmacienne gérante organise la vérification du respect de la pharmacopée en ce qui concerne la qualité de l'eau pour l'hémodialyse au CH F. Manhès l'hôpital et au domicile du patient (dialyse à domicile). Une Cellule eau à usage alimentaire/eau chaude sanitaire créé en novembre 2016. L'organigramme de la gestion du risque infectieux est établie. Les rôles et responsabilités sont définis. Les missions de tous les professionnels sont formalisées dans une fiche de poste.

Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Les ressources humaines et les compétences nécessaires sont prévues pour organiser les conditions d'hygiène des locaux, maîtriser les infections associées aux soins et promouvoir le bon usage des antibiotiques : IDE hygiéniste qui est Vice-Présidente du CLIAS, référents IDE et AS hygiène, formés, dans chaque service, qui sont les relais du CLIAS et de l'EOH auprès des équipes. Les besoins en formation des professionnels de soins sont prévus par l'IDE Hygiéniste et intégrés dans le plan de formation annuel de l'établissement.

Les procédures et les documents d'application nécessaires à la surveillance et à la prévention du risque infectieux sont formalisés et accessibles dans le logiciel de gestion documentaire (GED).

Les locaux, équipements et matériels nécessaires à la réalisation des activités sont prévus : chambres seules, solutés Hydro-Alcooliques (SHA) dans toutes les unités de soins, équipements de protection, matériels pour la prévention de la transmission d'infections soignants-soignés. La maintenance préventive et curative est assurée.

Le système d'information est structuré. Le dossier du patient informatisé, permet un accès en temps réel aux informations pour l'ensemble des professionnels (accès aux résultats de biologie et de bactériologie) et organise la maîtrise du bon usage des antibiotiques (réévaluation de la prescription des antibiotiques à la 48^{ème} heure).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteur de soins.

Avec les secteurs cliniques grâce à l'IDE hygiénistes et aux correspondants en hygiène. Le Pharmacien gérant, la COMEDIMS et la cellule ATBIN structurent, avec les médecins prescripteurs, l'organisation du bon usage des antibiotiques.

Les interfaces sont formalisées avec les secteurs médico-techniques : transmission et intégration dans le dossier informatisé des résultats des examens du laboratoire. La gestion du linge est sous traitée par un prestataire externe. La gestion des déchets est organisée. Le tri des déchets est effectif dès la production ; l'enlèvement des DAOM et des DASRI est effectué par un prestataire externe. Le transport interne prend en compte dans son organisation le risque infectieux.

Le CoDir Qualité/Risques organise la déclaration des événements indésirables, les audits, les EPP et les CREX. Ils identifient les points critiques suite à des événements et organisent les moyens en mettre en œuvre en cas de détection d'un phénomène à haut risque infectieux. Le plan blanc est organisé. L'infectio-vigilant est identifié. La médecine du travail organise la gestion des AES et la vaccination du personnel.

En externe, le CH F. Manhès participe aux réseaux régionaux (CPIas Île-de-France) et organise avec le GPS 91 des réunions communes avec les IDE hygiénistes des établissements du groupe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé avec l'aide de l'EOH déclinent la démarche institutionnelle et les plans d'actions en activités de prévention, de surveillance, d'évaluations et de formation dans chaque service. L'infirmière Hygiéniste est la personne ressource dans ce déploiement de la mise en œuvre des différentes actions. Elle est secondée par les cadres de chaque service et les référents hygiène IDE et AS. Les professionnels ont participé au groupe de travail de préparation à la certification.

Ils sensibilisent les professionnels à la prévention et la maîtrise des risques infectieux lors des réunions de service. Les professionnels déclarent les événements indésirables.

De nombreux audits sont réalisés, afin de s'assurer de l'appropriation par les équipes des protocoles et procédures : enquête CPIAS Ile-de-France : freins à l'hygiène des mains, audit groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) : gestion des excréta, tri des déchets. Les résultats des audits sont présentés aux équipes. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure est réalisée, cette démarche fait l'objet d'une EPP.

Suite aux évaluations de pratique, des actions correctives sont mises en œuvre et suivies, les résultats sont communiqués aux équipes de jour et de nuit.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans les secteurs.

Les ressources en compétences sont assurées dans les services. Les formations pour les professionnels sont effectives selon le plan de formation : formation hygiène en bio nettoyage, formation au bon usage des antibiotiques. Il existe de nombreux supports de formations : livret d'hygiène, hygiène des mains (flash mob), jeux de l'oie (hygiéniste et diététicienne). Les campagnes "Mission mains propres", "Vaccination" font l'objet de formation et d'information auprès du personnel et des usagers. L'IDE hygiéniste forme tout nouvel arrivant et lui remet le livret d'accueil du nouvel arrivant.

L'IDE hygiéniste forme également les patients. Elle a mis en place un plan d'enseignement aux porteurs de BMR avec évaluation des connaissances à l'issue de la formation. Un atelier ETP auprès des patients en hôpital de jour en SSR Addictologie est réalisé chaque semaine : infections nosocomiales associées aux soins, transmissions croisées, vaccination, désinfection, TIAC et les parasites. Concernant la dialyse à domicile (7 depuis 2017), une formation est faite par l'IDE hygiéniste et la cadre du service, pour apprendre le patient à gérer seul les risques infectieux, lors des branchements et débranchements. Un bilan mensuel est réalisé sur site pour s'assurer de l'application des bonnes pratiques.

Le système documentaire est disponible dans la GED et connue des professionnel. Les mises à jour sont réalisées avec les professionnels de terrain notamment les référents hygiène.

Les locaux, le matériel et les équipements sont adaptés à la prise en charge. Les ASH salariés de l'équipe d'hygiène assurent l'entretien et le bio-nettoyage selon les protocoles de l'EOH. Les locaux de stockage intermédiaires (déchets, linge) sont clairement identifiés et fermés, les chariots de transport sont fermés. Les maintenances sont assurées. L'EOH est systématiquement consulté avant la réalisation de travaux.

Des distributeurs de produits hydro-alcooliques sont installés dans les chambres et les locaux le nécessitant. Concernant l'application des précautions standards ou complémentaires, des équipements de protection individuels sont disponibles dans les services : tabliers, blouses, sur-blouses plastifiées jetables, masques.

Le suivi environnemental est assuré : surveillance des légionelles dans les eaux chaudes sanitaires, bactériologie de l'eau pour soins standards, surveillance de l'écologie microbienne sur les surfaces (générateurs, lits, fauteuils, paillasse..). Les contrôles physico-chimiques et microbiologiques de la qualité de l'eau de dialyse sont assurés selon la réglementation ainsi que la désinfection des générateurs. Les filtres du traitement d'eau sont changés selon un échéancier. Une analyse bactériologique est systématiquement réalisée avant la mise en service d'un nouveau générateur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CH F. Manhès met en œuvre les organisations prévues pour maîtriser le risque infectieux.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les protocoles d'hygiène des locaux sont mis en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH. Les circuits sont respectés ; en dialyse les règles de circulation des patients (entrée, vestiaire sécurisée, salle de dialyse), du matériel et de stockage sont respectées.

L'hygiène dans les actes infirmiers et médicaux est appliquée (port des tenues professionnelles, absence de bijoux, hygiène des mains). Les équipements de protection individuels sont utilisés (masques, gants, sur-blouses). Les Solutés Hydro-Alcooliques (SHA) sont présents dans toutes les unités de soins, sur les chariots de soins et dans les chambres des patients. Les containers OPCT sont présents et utilisés.

Les protocoles de prévention du risque infectieux standards et spécifiques sont effectifs : hygiène des mains, prévention des infections associés aux gestes invasifs (voies veineuses, sonde urinaire...). La préparation des patients en dialyse et la désinfection de l'abord vasculaire est assurée et surveillée par les soignants.

Dès l'identification d'un patient à risque infectieux, le signalement est réalisé, l'IDE hygiéniste et le praticien informés. L'IDE hygiéniste, s'assure de l'effectivité de l'isolement en chambre ; les patients infectés sont, après information, isolés dans leur chambre. Ils sont informés ainsi que leurs familles sur la nécessité d'une restriction d'accès par une affichette sur la porte de la chambre ; sur-blouse, masque, gants sont disponibles pour les visiteurs à l'entrée de la chambre. Le patient à risque est identifié dans le DPI.

La promotion du bon usage des antibiotiques est effective. Un antibioguide de référence est disponible. La pharmacienne gérante a mis en place une dispensation contrôlée de tous les antibiotiques utilisés et suit la consommation des antibiotiques. Elle présente le rapport de consommation des antibiotiques au CLIAS. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ième} heure et la 72^{ième} heure est effective avec traçabilité dans le dossier.

Le dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est opérationnel : surveillance des bactériémies, surveillance des BMR, surveillance de la résistance aux antibiotiques. Le CH F. Manhès participe aux déclarations BMR et AES pour les données de surveillance nationale. La déclaration des infections nosocomiales est assurée en interne et le cas échéant en externe.

Les interfaces sont fonctionnelles. Une équipe mobile d'information à la vaccination est en place pour le personnel et pour les patients et passe 3 fois par an dans chaque service. En externe, le CLIAS et l'IDE Hygiéniste participe aux groupes de travail. Le CH participe aux réseaux nationaux.

La traçabilité relative à la maîtrise du risque infectieux est assurée : réévaluation de l'antibiothérapie dans le DPI, traçabilité du bio-nettoyage des locaux, surveillance environnementale (registre du bio-nettoyage, carnet sanitaire, traçabilité de la surveillance de l'eau en hémodialyse), comptes-rendus de réunions du CLIAS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH F. Manhès assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques à l'aide d'outils et notamment d'indicateurs. Il suit les indicateurs nationaux d'infections associés aux soins : ICSHA.3, ICATB.2, ICALIN.2. L'établissement déploie des outils internes d'évaluation : quick-audit hygiène des mains en Dialyse et SRR, audit tri des déchets et gestion des excréta, suivi des consommations d'antibiotiques. Un audit sur le bon usage des antibiotiques réalisé par la cellule ATBIN évalue le respect de la bonne prescription des antibiotiques : respect de la molécule recommandée, respect de la posologie recommandée, respect de la durée recommandée, présence dans le dossier de l'antibiogramme, réévaluation avec argumentation. Une visite du risque infectieux en hémodialyse a été réalisée avec retour d'analyse dans le service. Les infections nosocomiales et la surveillance épidémiologique des infections associées aux soins sont analysées. La conformité des prélèvements environnementaux et des prélèvements d'eau est suivie. Le nombre d'AES est suivie. Ces évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations. Dans le bilan 2019 du CLIAS quasiment tous les objectifs définis (11/12) ont été atteints. Parmi ces objectifs, le CH F. Manhès a formalisé sa stratégie de prise en charge du risque infectieux en réponse au point à améliorer suite à la visite de certification précédente. L'indicateur ICSHA restant en dessous du seuil, un suivi mensuel de la consommation de SHA est mis en place transmis chaque mois par le service de pharmacie depuis le mois de septembre 2018. En 2019 a été créée la cellule ATBIN et un antibiogramme de référence.

Ces actions d'améliorations sont intégrées et articulées avec le plan d'actions institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée conduit à réajuster la stratégie de l'établissement lors du bilan annuel des instances.

La communication des résultats est réalisée avec les outils institutionnels, en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers. Les indicateurs nationaux sont affichés dans l'hôpital.

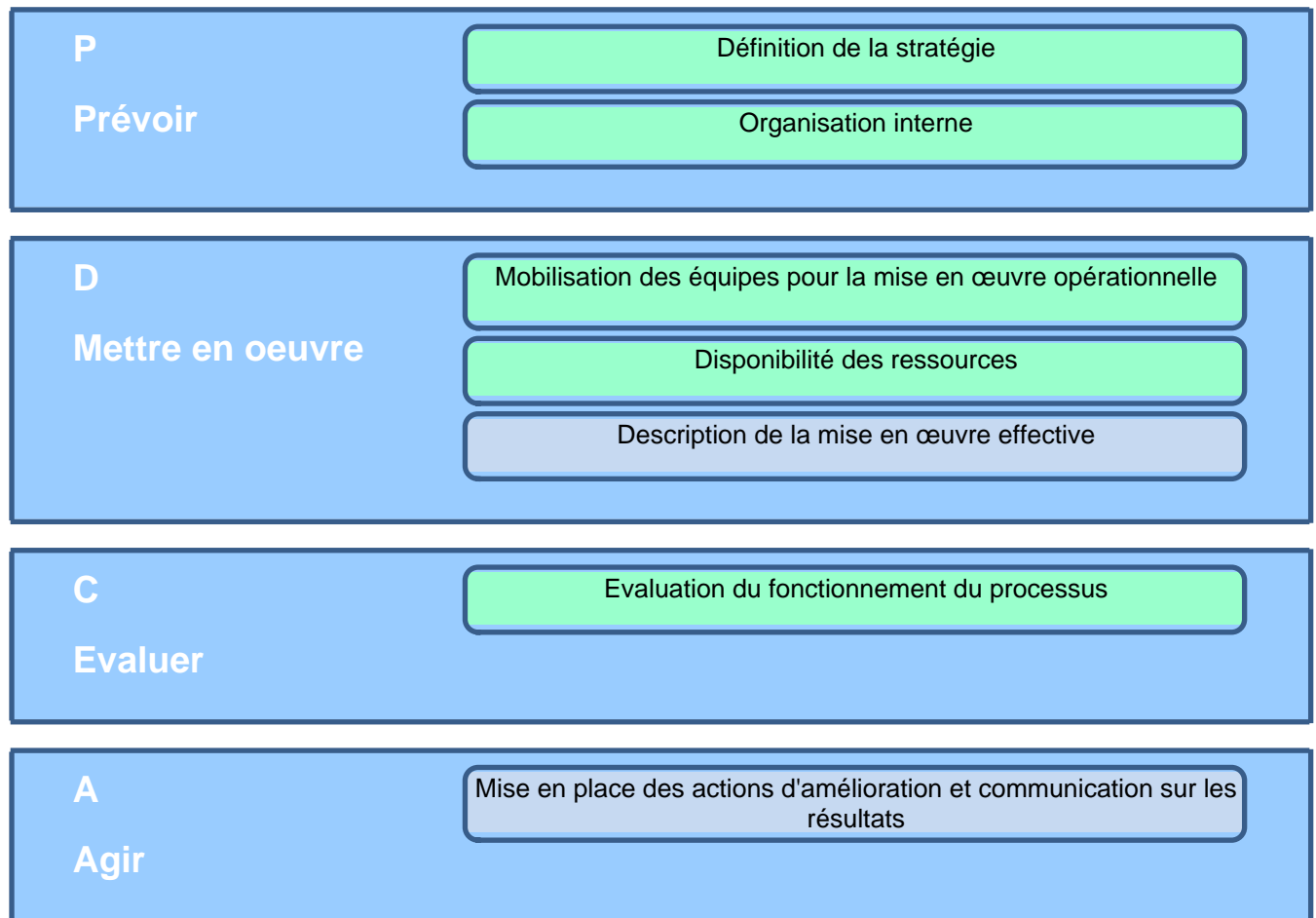
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques du respect des droits des patients constituent le 1er axe de la Stratégie Qualité et Risques du Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès (CH F. Manhès) formalisé et validé le 1er octobre 2018. C'est également le premier axe priorisé pour 2018-2019 : favoriser la participation des patients et des Représentants des Usagers à la vie de l'établissement. Elles sont déclinées dans le document Politique des droits du patient qui engage le CH F. Manhès sur le respect des droits des patients en association avec la Commission des Usagers (CDU). Cette politique est retrouvée dans plusieurs chapitres du projet médical et du projet de soins.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées au regard des différentes données par un groupe de travail pluri professionnel (directeur, médecins, cadres de santé, infirmières, psychologue, aides-soignantes et représentants des usagers), tel que l'analyse des enquêtes de satisfaction, résultats des indicateurs et audit, bilan des événements indésirables, exploitations des plaintes et réclamations, actions issues des réflexions de la CDU et du groupe de travail éthique. La cartographie des risques a été réactualisée. Les risques identifiés ont été hiérarchisés en fréquence, criticité et maîtrise par un groupe de travail selon la grille de cotation de HAS.

Ils sont le support de formalisation d'un programme institutionnel d'action formalisé, priorisé. Ce programme a été présenté aux instances de l'établissement (Direction, CoDir, CME, CDU) qui ont validé l'analyse des risques, les plans d'actions et les modalités de mise en œuvre du programme. Le Compte Qualité a retenu 7 risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

CH F. Manhès a établi une organisation pour piloter le processus droits des patients. Le pilotage est assuré par le Cadre Supérieur de Santé et la Cadre de pôle SSR-Hémodialyse.

Le CH F. Manhès a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Des ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences. Les deux pilotes, Cadre Supérieur de Santé et Cadre de pôle SSR-Hémodialyse sont référents droits des patients. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions des professionnels. Des formations sur les droits des patients sont planifiées dans le plan de formation annuel de l'établissement.

Les procédures relatives aux droits des patients sont intégrées dans la gestion documentaire informatisée. Des supports d'informations pour les patients sont organisés dans le livret d'accueil de l'établissement et dans des documents remis au patient et l'entourage (personne de confiance, directives anticipées...). Une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.

L'organisation des locaux permet d'assurer le respect de la confidentialité des informations, la dignité et l'intimité des patients lors des soins. Les ressources en matériels et en équipements sont prévues (salles de soins fermées, système de mise en veille des ordinateurs...). Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative des matériels et équipements est en place.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter l'accueil du patient et de sa famille y compris socio-familial, l'accès au dossier médical, la prise en charge de la douleur, de la fin de vie. La Commission des Usagers est organisée selon les directives du décret du 1er juin 2016 ; les patients sont informés de ses missions.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres aux trois services (SSR, Hémodialyse et Psychiatrie) du CH F. Manhès sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par la directrice, la Responsable Qualité/Risques, les Cadres de Santé et les représentants des usagers très présents dans l'établissement.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service respectif : sensibilisation sur l'importance de la personne de confiance et des directives anticipées au cours de réunions de service, points sur la bientraitance et prévention de la maltraitance abordés dans différentes

réunions pluridisciplinaire. Les professionnels déclarent les évènements indésirables.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ces évaluations sont réalisées lors des audits des dossiers patients (le dernier en juin 2019 sur la traçabilité de la personne de confiance et des directives anticipées) ou des patients traceurs. Ils informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont mises en place avec les professionnels : sensibilisation des professionnels ou création de procédures, issues de l'identification des risques priorités du compte qualité, des investigations des patients traceurs et des audits (accompagnement du patient pour le remplissage de la fiche de renseignements, mise à jour de la procédure « organisation de l'admission et de la sortie du patient en hospitalisation complète » en y intégrant la précision « information des patients hospitalisés en chambre double de l'arrivée prochaine d'un voisin de chambre », information de la CDU sur les évènements indésirables graves).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et équipements, documentation sont disponibles dans tous les services. Les compétences présentes dans les services permettent de répondre aux attentes des patients pris en charge : cadres référents droits des patients, assistante sociale, psychologue. Les formations en lien avec les droits des patients sont effectives : formation droits des patients, que reste-t-il de nos erreurs ? et dommages liés aux soins, bientraitance, agressivité et violence, formations en soins palliatifs, le travail avec les familles.

Les procédures en lien avec le processus droit des patients sont connues des professionnels, actualisées et accessibles dans la GED : charte de la bientraitance, charte de la confidentialité, procédures conduite à tenir en cas de maltraitance, en cas de dommage liée aux soins, de refus de soins...

De nombreux documents sont destinés à l'information du patient : personnes de confiance, fiche pour la sismothérapie, livret pour les diverse modalités de dialyse, consentements éclairés (pour la prise en charge en hémodialyse en centre ou à domicile, à une transfusion de produits sanguins labiles, à un examen de dépistage sérologique). Une des représentantes des usagers a mis à disposition des flyers pour expliquer aux patients la dialyse vue côté patient.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est disponible dans le livret d'accueil général et spécifiques de chaque services et par affichage dans les locaux de l'établissement.

Les équipements, matériels et locaux sont conformes et répondent aux besoins des professionnels. Les locaux permettent l'accueil des personnes en situation de handicap et l'accueil des malvoyants ou non voyants (annonce vocale dans les ascenseurs). Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont en place.

Les conditions d'hébergement respectent les conditions de dignité et d'intimité des patients dans tous les services : majorité de chambres seules, paravents de séparation et deux chambres isolées en dialyse. La salle de sismothérapie, exiguë, permet tout de même de respecter la confidentialité et l'intimité ; la direction travaille sur un projet de restructuration architecturale.

Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches. Les entretiens ont lieu dans le bureau des médecins. Un lieu dédié peut être mis à disposition de l'entourage en cas de besoin. Il existe des lits et repas accompagnants.

L'entretien courant, les actions préventives et curatives sont réalisés par l'équipe de maintenance et des prestataires (fauteuils roulants, aides techniques...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services du CH F. Manhès mettent en œuvre les procédures et protocoles établis pour la prise en charge des patients qui sont confirmés par les patients traceurs vus pendant la visite.

L'agent d'accueil et la responsable des admissions informent les patients et assurent l'accueil de chaque nouveau patient. Dans des situations qui le nécessitent, un accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont organisés avec des rencontres avec la cadre de santé, le psychologue, l'assistante sociale.

Une information écrite concernant les directives anticipées et la personne de confiance figure dans le chapitre « vos droits » du livret d'accueil. Une « fiche de renseignement patient » comportant les mêmes informations leur est remis à l'accueil permet la traçabilité de ces données dans le DPI après numérisation.

Ils sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par le livret d'accueil, par la rencontre avec un soignant le jour de l'arrivée et par un affichage dans les services. Les coordonnées des représentants de la CDU et des associations sont disponibles en annexe 3 du livret d'accueil.

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les portes des chambres sont systématiquement fermées.

Les organisations et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : transmissions réalisées dans des salles de soins fermées, verrouillage des écrans des

ordinateurs permet d'assurer la confidentialité des données médicales et paramédicales.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance sont mise en œuvre dans tous les services. La bientraitance fait l'objet d'une réflexion spécifique au sein de tous les services, SSR, Hémodialyse, Psychiatrie. Elle intègre les orientations stratégiques de la politique droit des patients et les chartes : charte du patient hospitalisé, charte du patient hospitalisé en dialyse, charte du patient hospitalisé en psychiatrie, charte de l'Union Mutualiste d'Initiative Santé, charte de la bientraitance, charte de la confidentialité.

Les modalités de signalement des situations de maltraitance sont définies et diffusées. Une procédure de signalement des faits supposés ou avérés de maltraitance est rédigée, intégrée dans la GED et connue des professionnels. Ceux-ci sont formés à cette démarche.

La participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction du projet personnalisée de soins est effective. Il est initié dès la première consultation.

L'activité de sismothérapie intègre une réflexion bénéfique risque tracée intégrée dans le projet de soins tracé dans le DPI. Un consentement éclairé est remis au patient formalisé dans une fiche de consentement pour la réalisation d'une sismothérapie, la prise en charge en hémodialyse (en centre ou à domicile), un examen de dépistage sérologique et pour une transfusion sanguine. Le refus de soins est tracé dans les observations médicales du DPI.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place. En SSR addictologie, le patient signe un contrat de soins pour la durée de son séjour ; tout manquement à ce contrat est analysé, évalué et réajusté, pouvant aller jusqu'à une sortie anticipée. En Hémodialyse, au CH ou à domicile, le patient valide le projet de prise en charge avec traçabilité de l'information donnée au patient dans le DPI ; de plus, il est remis au patient un document en lien avec la surveillance de l'abord vasculaire.

La démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins fait l'objet d'une procédure actualisée régulièrement, intégrée dans la GED et connue des professionnels.

Les projets de prise en charge et l'organisation des pratiques respectent les libertés individuelles et notamment la liberté d'aller et venir. La mise en œuvre des restrictions de liberté respecte les bonnes pratiques et les procédures de l'établissement. En dehors des barrières de lit, il y a peu de situations de contention dans l'établissement : la mise en place de barrières de lit est prescrite, réévaluée en équipe toute les 12 heures ; les mesures de précaution complémentaires d'hygiène sont prescrites, tracées et réévalués ; le patient et son entourage sont informés.

Le service de psychiatrie du CH F. Manhès n'accueille pas de patient hospitalisé sans consentement.

La gestion des plaintes et des réclamations est structurée et opérationnelle. La directrice est responsable de sa gestion.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La CDU se réunit conformément à la réglementation 4 fois par an et les réunions sont tracées dans des comptes rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH F. Manhès évalue le respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage à l'aide d'indicateurs.

Ces indicateurs sont en lien avec des enquêtes de satisfaction des patients : questionnaire général, questionnaire des patients hémodialisés, questionnaire des patients en SSR hôpital de jour. Des enquêtes de satisfaction spécifiques complètent le dispositif comme le taux de satisfaction globale sur la restauration ou la prise en charge de la douleur.

Les événements indésirables et les plaintes et réclamations sont pris en compte.

Ils proviennent des résultats des audits du dossier patient réalisée : recueil de la personne à prévenir, de la personne de confiance, des directives anticipées.

Une auto-évaluation « regards croisés sur la bientraitance » réalisée en juin 2015, a été reconduite en janvier 2020 ; les résultats sont en cours.

Ces évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives et sont présentées aux instances (CoDir, CME, CDU).

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme actions institutionnel : mise en place du Café infos Droits des patients avec la participation d'un représentant des usagers, création formulaires de consentement à l'hémodialyse et à la Dialyse à Domicile, accompagnement du patient pour le remplissage de la fiche de renseignements et lui expliquer les différents dispositifs (personne de confiance, directives anticipées). Une des représentantes des usagers, patiente d'hémodialyse, a mis à disposition des flyers pour expliquer la dialyse vue côté patient et a affiché dans le service ses missions, son rôle, et ses coordonnées personnelles.

L'efficacité des actions est évaluée, permettant de réajuster la stratégie de l'établissement lors du bilan annuel des instances et de fixer de nouveaux objectifs.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, selon le dispositif institutionnel, déjà décrit, auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

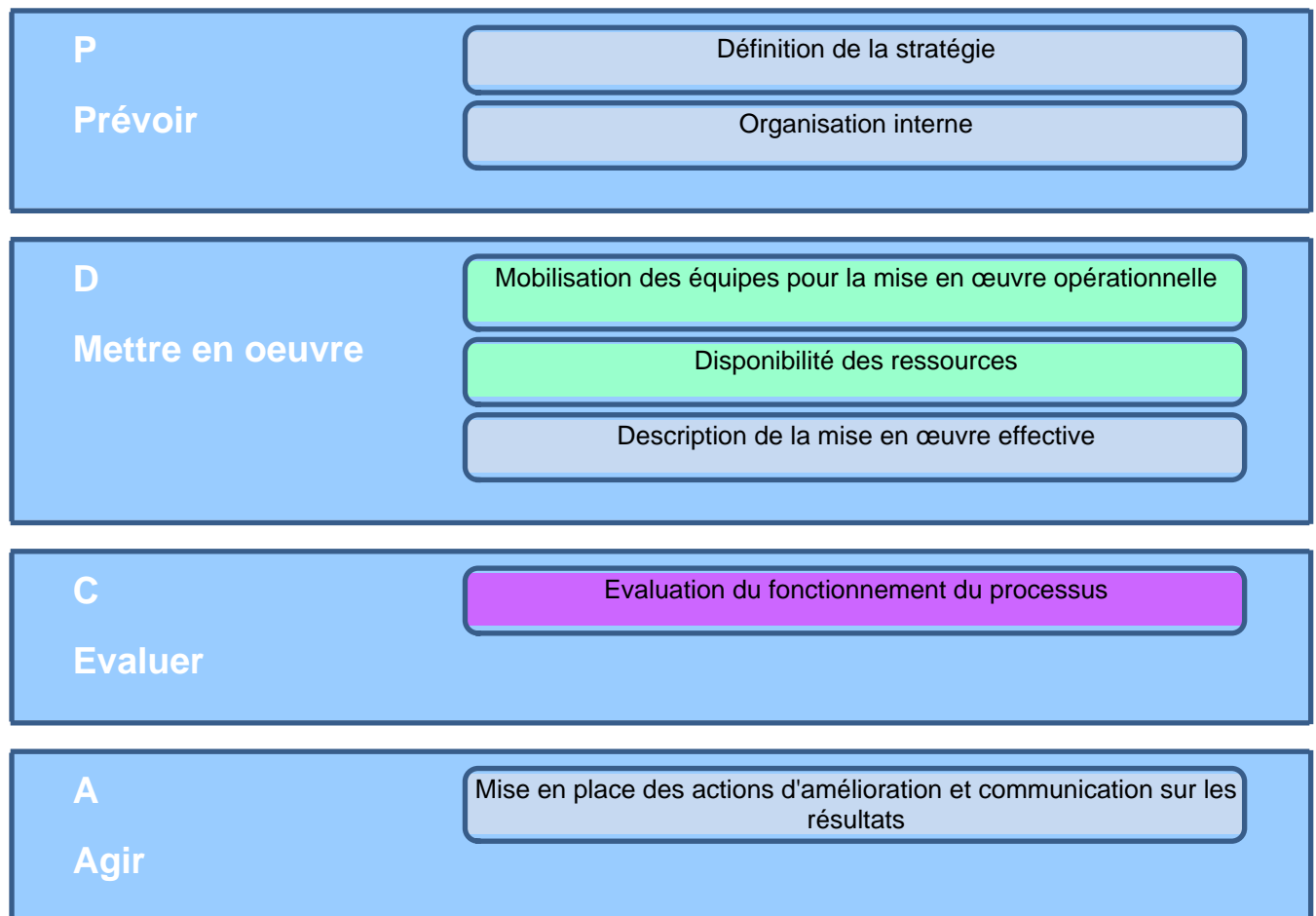
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), faisant partie de l'Union Mutualiste d'Initiative Santé (UMIS) qui regroupe 5 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le CH.F. Manhès est situé sur le même site que l'EHPAD Marcel Paul et le Centre de Rééducation Professionnel Jean Moulin.

Il exerce 3 activités médicales avec des consultations externes, organisées en 2 pôles : un pôle Soins de Suite et de Réadaptation-Hémodialyse et un pôle Psychiatrie. L'activité d'Hémodialyse s'exerce en ambulatoire selon 3 modalités : centre lourd, Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) et dialyse à domicile. L'activité SSR est organisée en 3 unités, en hospitalisation complète ou en hôpital de jour : SSR polyvalent, prise en charge de l'obésité morbide, prise en charge en addictologie. Le service de Psychiatrie comporte un secteur d'hospitalisation ouverte prenant en charge des patients de psychiatrie générale et une activité ambulatoire de sismothérapie.

Le CH F. Manhès est intégré au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire qui regroupe les 5 établissements ESPIC de l'Essonne : le GPS 91 (Guérir, Prévenir, Soigner en Essonne) dont le Projet Médical partagé a été validé par les instances en juillet 2017. Ce projet partagé, conforme à la devise du GPS, et au schéma de planification sanitaire, déclinée en 3 orientations (renforcement des coopérations territoriales, parcours de santé en SSR et psychiatrie) dans le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens contractualisé avec l'ARS Île-de-France à effet du 12 juillet 2016, développe une structuration du parcours selon 3 orientations stratégiques : faire du SSR, le maillon central de la coordination des parcours complexes, favoriser le domicile et l'innovation (hémodialyse à domicile) et assurer l'efficacité pour l'ensemble des établissements de GPS 91.

Le CH F. Manhès a décliné dans son Projet d'Établissement 2017-2021 la stratégie du parcours patient ainsi définie : développer les prises en charge de parcours patient-usagers, mettre en place des filières et parcours au sein du site CH-EHPAD-CRP, développer les filières-parcours au sein du GPS 91 et sur le territoire.

Les données mobilisées par l'établissement pour identifier et analyser ses risques sont issues d'une réactualisation de la cartographie des risques et de l'identification des risques a posteriori : décision de la première visite de certification V2014, analyse des événements indésirables déclarés et des plaintes et réclamations, résultats des audits internes, des EPP et des patients traceurs, prise en compte des indicateurs IQSS et HN et des données de la veille réglementaire. Cette analyse des risques est réalisée par secteur d'activité, pour toutes les prises en charge et intègre toutes les pathologies.

Les risques sont analysés avec les professionnels selon la méthodologie de l'établissement : hiérarchisation des risques en fonction de la grille de la HAS avec un niveau de criticité et de fréquence pondéré par un niveau de maîtrise, proposition par le groupe de travail constitué avec les pilotes de la thématique, présentation et validation en CoDir Qualité/Risques.

Une stratégie est définie en lien avec les besoins et les risques identifiés. Elle est déclinée dans un programme institutionnel d'actions de l'établissement (PAQSS). Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies ; les actions, les responsables les échéances et les modalités de suivi sont définis.

Le Compte Qualité recense 8 risques prioritaires intégrés au PAQSS dont 6 sont en lien avec les décisions de la dernière certification et les données du compte qualité supplémentaire (défaut de repérage du risque suicidaire, tentative de suicide du patient, défaut de sécurisation de la prise en charge d'une urgence vitale en SSR) et les IQSS dont les résultats sont en deçà du seuil (défaut de qualité de la lettre de liaison, retard de transmission du compte-rendu d'hospitalisation aux correspondant d'aval, dénutrition du patient âgé de 65 ans et plus).

La stratégie est validée par les instances de l'établissement (directoire, CME, CoDir Qualité/ Risques) et COPIL du groupe.

ORGANISATION INTERNE

Le CH F. Manhès a mis en place une organisation pour piloter le processus parcours patient.

Le pilotage institutionnel est assuré par le Directeur, la CME et la Directrice des Soins. Le pilotage opérationnel est réalisé par le Président de la CME, chef de pôle SSR/Hémodialyse, la Cadre de pôle SSR/Hémodialyse, la Cadre de santé SSR et la Responsable Qualité/Risques. Les missions et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste.

L'établissement a mis en place une organisation interne assurant l'adéquation des ressources aux besoins des prises en charge, qualitatives et quantitatives, humaines, matérielles et documentaires.

L'adéquation entre les effectifs médicaux et para médicaux, les compétences mises à disposition et l'activité sont assurées. Ils sont en conformité avec les dispositions des décrets de 2002 et de la circulaire d'application du 15 mai 2003 en ce qui concerne l'hémodialyse en Centre lourd, l'Unité de Dialyse Médicalisée et à domicile. Ils correspondent à la réglementation et aux bonnes pratiques en ce qui concerne l'activité d'anesthésie en sismothérapie (décret du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie, recommandations de l'ANAES d'avril 1997).

Des règles de présence et un système de garde et d'astreinte organisent la permanence des soins 24h sur 24 : système d'astreinte médicale pour le SSR et la Psychiatrie, astreinte hebdomadaire des néphrologues, présence des IDE et des AS 24h/24 avec une équipe de nuit dédiée, administrateur de garde, astreinte technique.

Un plan de formation, intégré au plan de formation global de l'établissement, identifie les besoins en formation des professionnels. Elles sont organisées, soit en interne par la directrice des soins, soit en externe, par des organismes de formation, par des formations universitaires ou mutualisées avec les établissements du GPS 91.

Un plan d'intégration des nouveaux arrivants est organisé en tutorat pendant une durée minimale variable selon les services (6 semaines en hémodialyse, une semaine pour les autres activités). L'établissement organise les remplacements des personnels par des vacataires fidélisés formés.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires sont identifiés. Les locaux sont adaptés en fonction des parcours et répondent aux dispositions du décret du 25 avril 2005 pour l'hémodialyse et au décret du 5 décembre 1994 pour l'activité de sismothérapie. La disponibilité des lits et places est organisée. Des plans de maintenance préventifs et curatifs des locaux sont formalisés et organisés par l'équipe de maintenance de l'établissement qui en charge l'entretien des bâtiments, la sécurité incendie, la sécurité des personnes et des biens.

Les équipements et matériels sont prévus en nombre suffisant, médical (générateurs de dialyse, scopes, etc..) et non médical (armoires à pharmacie, ordinateurs, chariot de soins, etc..).

La gestion documentaire est structurée, intégrée dans le dispositif de gestion documentaire informatisé de l'hôpital. Les procédures et protocoles sont formalisés, validés et actualisés.

L'information des patients est organisée par le livret d'accueil de l'hôpital et des documents spécifiques en fonction du parcours de soins : livrets d'accueil du patient hémodialysé, du patient dialysé à domicile, livret d'accueil en unité nutrition et en unité d'addictologie. Elle est également organisée par des supports institutionnels (affiches et brochures du Ministère de la Santé, Agence de Biomédecine, Santé Publique France...) ou des supports de laboratoire et lors de la consultation de pré-dialyse, dans le cadre de la formation aux techniques de dialyse.

Le service informatique du CH F. Manhès et un prestataire externe structurent le développement, le fonctionnement, la maintenance et la sécurité du système d'information hospitalier (SIH). L'informatisation de la prise en charge du patient est organisée dans tous les services et intégrée au SIH. L'orientation des patients en SSR est organisée par l'outil régional numérique d'aide à l'orientation Trajectoire.

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

Des conventions organisent les examens biologiques et radiologiques avec des structures privées de l'Essonne.

L'hygiène et le bio-nettoyage sont organisés par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène, une référente hygiène par service et les ASH de l'établissement.

L'organisation avec les secteurs logistiques est prévue. La fonction transport est organisée en interne par l'équipe de maintenance. Celle-ci organise également le transport des gros volumes de consommables de dialyse à l'hôpital et au domicile du patient. Le recueil des déchets est organisé par un prestataire externe. La fonction linge est sous-traitée ainsi que la restauration qui est structurée en contrat mixte avec des professionnels de l'hôpital.

En externe, des conventions pour la prise en charge des patients dans les trois activités (SSR, psychiatrie, dialyse) sont organisées avec des structures publiques et privées de l'Île-de-France et des partenariats avec les autres établissements de l'UMIS dans le cadre du GPS 91.

La PUI de l'établissement organise la rétrocession des EPO pour les patients dialysés à domicile.

Le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est structuré. Les besoins sont identifiés et les programmes validés par l'ARS. La formation des professionnels à l'ETP est organisée et une diététicienne coordinatrice est formée.

Une cellule Recherche en Soins Paramédicaux, créée en janvier 2017, est organisée par un coordonnateur de la recherche et une chargée de mission de recherche. Les études et les réalisations portent essentiellement sur la nutrition et également sur l'activité physique, les nouvelles technologies et les études statistiques des données.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

La mise en œuvre repose sur une concertation de l'ensemble des professionnels et l'établissement qui favorise l'implication des équipes. La responsable Qualité et Coordonnateur des Risques réalise systématiquement un point qualité lors des réunions mensuelles des cadres. Chaque thématique abordée fait l'objet d'une organisation et d'un groupe de travail dédié. Les plans d'actions et comptes rendus des instances sont diffusés et disponibles dans la gestion électronique documentaire.

Les cadres de chaque service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur lors des réunions de service. Les professionnels sont informés des résultats des démarches qualité lors des réunions de services. Ils participent à l'élaboration des protocoles, au recueil des indicateurs.

Les professionnels déclarent les événements indésirables sur la plateforme informatisée de déclarations. Les événements indésirables graves sont analysés lors des réunions bimensuelles de RMM / REX institutionnel.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sur l'ensemble des services. Des simulations avec une chambre des erreurs, et des patients traceurs sont réalisées. Des évaluations périodiques des activités et du niveau de connaissance par les professionnels sont effectuées lors d'audits: suivi des chutes par service, audit de tenue des dossiers...

Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels et mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, actions priorisées du CQ, résultats des indicateurs IQSS, fiches d'évènements indésirables).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs.

Les ressources humaines sont mises à disposition et sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement (temps de travail respecté, amplitude horaire, adaptation à l'activité, prise en compte de la réglementation en hémodialyse et pour l'activité d'anesthésie en sismothérapie qui est assuré par un Médecin Anesthésiste Réanimateur vacataire) qu'en terme de qualifications : médecins (néphrologues, psychiatres, médecin nutritionniste, médecins généralistes), ASH, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales, art-thérapeute, éducateur sportif. Des compétences sont mobilisables : IDE support plaie et cicatrisation, IDE expert sur les générateurs de dialyse. Les remplacements prévus ou inopinés sont assurés par des vacataires.

La permanence des soins est assurée dans tous les services par les professionnels selon les tableaux de garde et astreintes diffusés, un planning permet l'affectation des personnels. On y retrouve : médecin généraliste de garde sur place en SSR et Psychiatrie, astreinte des néphrologues, équipe dédiée d'IDE et d'AS de nuit, administrateur de garde et astreinte technique. La permanence des soins est assurée en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés.

Les formations sont effectives : formation aux gestes d'urgence, sécurité incendie, AGFSU, formation chariot d'urgence, abords vasculaires en dialyse, formation des IDE de sismothérapie à la prise en charge en SSPI, formation bientraitance, Diplômes Universitaires (plaie et cicatrisation, perfectionnement en dialyse, sismothérapie), congrès (Société Française d'Hygiène Hospitalière, carrefour diététique et néphrologie..), formation en e-learning. Les nouveaux arrivants sont tutorés avec une période d'intégration d'une à six semaines selon le poste.

La documentation est accessible dans la gestion électronique : livret thérapeutique, protocoles et procédures ; ils sont connus et actualisés. Le dossier patient est informatisé. Les documents d'information papier sont mis à disposition des patients : livrets d'accueil, directives anticipées, consentement éclairé, ...

Les ressources matérielles sont conformes. Les services et les chambres sont adaptés en fonction des spécificités des pathologies ou de parcours. Les services disposent de matériels adaptés et conformes aux prises en charge des patients. Le service d'hémodialyse dispose de 18 postes de dialyse en centre lourd, de 12 postes en UDM et 2 postes d'entraînement à la dialyse. En sismothérapie, centre de référence de l'Essonne, il existe une salle unique permettant la réalisation de l'acte conforme aux recommandations de l'ANAES d'avril 1997; elle comporte un box de sismothérapie équipée du matériel nécessaire (respirateur, scope, chariot d'urgence) et des médicaments (anesthésiques généraux, curare, stock obligatoire de dantrolène...) pour réaliser les actes sous anesthésie générale et 3 postes de réveil (SSPI). La maintenance préventive et curative est assurée par l'équipe de maintenance et les fournisseurs des équipements.

Des ordinateurs sont à disposition des professionnels de santé : ordinateurs fixes dans les bureaux de

consultations, dans les secrétariats médicaux et les services, ordinateurs portables dans toutes les unités de soins en réseau Wifi. La sécurité informatique est assurée.

Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est en place dans tous les secteurs d'activité. Une procédure est connue des professionnels ainsi que le numéro d'appel du praticien à contacter. Des chariots d'urgence scellés avec défibrillateur automatique et des sacs d'urgence sont présents et vérifiés mensuellement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients traceurs vus pendant la visite confirment que le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge du patient.

L'accueil des patients est organisé et assuré pour toutes les activités prises en charge au CH F. Manhès.

Un dispositif d'accueil permet selon 3 procédures d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence ; ces personnes sont admises dans l'établissement, sont vues par le médecin d'un service ou de garde, et soit orientés vers une autre structure adaptée, soit hospitalisés dans leur service. En hémodialyse, et conformément au décret d'avril 2002, deux lits de médecine aiguë dédiés sont armés en SSR pour accueillir une urgence médicale ou une complication du traitement.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et continue de son état de santé et d'un repérage de l'ensemble de ses besoins par l'équipe médicale et paramédicale. Elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge et est tracée dans le dossier informatisé du patient. Un bilan éducatif initial est réalisé en SSR addictologie et obésité du patient soit par l'IDE, soit par la diététicienne. La douleur est recherchée et mesurée par des échelles adaptées et tracée dans le DPI.

Les troubles nutritionnels, dénutrition ou obésité, sont dépistés, suivis et tracés dans le DPI. Les patients sont vus par un médecin nutritionnel et les diététiciennes. Le poids et l'IMC sont recueillis, une enquête alimentaire réalisée par la diététicienne ; l'identification du risque nutritionnel par Mini Nutritional Assessment (MNA) est systématique pour les personnes âgées, complétée, si besoin, par un bilan biologique et une impédancemétrie. Un CLAN organise la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition.

Le risque d'escarre est évalué dès l'entrée du patient ainsi que le risque de chutes. La prévention et la prise en charge des escarres sont assurées par l'IDE référente plaie et cicatrisation et tracées dans une fiche de suivi infirmier des soins cutanés.

Le risque suicidaire est identifié et pris en compte. Ce risque, identifié dans le compte qualité fait l'objet d'une conduite à tenir pour son dépistage et sa prise en charge selon un protocole. Tous les professionnels sont formés par les médecins psychiatres et les psychologues.

Un volet somatique est intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale : les patients de psychiatrie sont vus à la fois par le psychiatre et par le médecin généraliste du service ; le suivi par ces praticiens est assuré pendant la durée de l'hospitalisation.

Cette évaluation initiale systématique permet l'élaboration des diverses prescriptions médicales : médicamenteuses, examens de laboratoire et d'imagerie, consultations spécialisées.

Le projet de soins personnalisé et le projet de vie sont réalisés, intégrant la réflexion bénéfice-risque qui est réévaluée et tracée dans le dossier du patient notamment pour les examens et actes thérapeutiques invasifs. L'information du patient est réalisée par la remise d'une fiche de consentement éclairé pour la réalisation d'une sismothérapie, la prise en charge en hémodialyse (en centre ou à domicile), pour un examen de dépistage sérologique ou une transfusion sanguine.

La prise en charge repose sur des réunions pluri-disciplinaires et pluri-professionnelles. Des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), sont organisées hebdomadairement, dans tous les secteurs d'activité, avec des jours et horaires différents selon les spécialités. Les RCP sont tracés dans le dossier informatisé du patient. L'assistante sociale de l'hôpital prend en charge les personnes démunies ainsi que tout patient le nécessitant.

Les activités de soins de suite et de réadaptation et les soins de support sont articulées dans le projet de prise en charge et tracées dans le dossier informatisé. Ces activités sont exercées par les diététiciennes, psychologues, assistantes sociales, art-thérapeute, éducateur sportif, notamment dans des ateliers (atelier diététique, cuisine thérapeutique, atelier psychologue, activité physique). Ces activités sont tracées dans le DPI.

Les actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre dans le programme autorisé. Tous les professionnels sont formés à l'ETP. En SSR, 3 programmes sont labellisés (deux programmes ETP obésité, un programme en addictologie). En dialyse, un programme d'éducation nutritionnelle du patient dialysé est validé. En psychiatrie et en dialyse, des programmes sont en attente de validation.

La sortie des patients est organisée permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins. La sortie des patients et les transferts sont réalisés en associant les partenaires en amont et en aval, en impliquant le patient et son entourage ; elle est anticipée et préparée. Des documents nécessaires à la continuité de

la prise en charge sont systématiquement remis au patient à sa sortie : compte-rendu de sortie informatisé comportant l'ordonnance de sortie, résultats de biologie et d'imagerie, copie des dossiers des 3 dernières séances et des derniers bilans biologiques en hémodialyse pour les patients transférés ou vacanciers ; une fiche de transmissions pour soins cutanés est remise au patient pour la poursuite des soins par les IDE libérales. En sismothérapie, la sortie des patients ambulatoires est prononcée après validation des scores de sortie par les praticiens conformément à la réglementation.

Les interfaces entre secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont opérationnelles. Les résultats du laboratoire de biologie sont incrémentés directement dans le dossier informatisé et les comptes-rendus des examens de radiologie sont intégrés dans le DPI après numérisation.

Le dossier patient informatisé permet la prescription des médicaments, l'analyse pharmaceutique et la validation de l'administration.

La Responsable Qualité/ Coordonnateur des Risques gère l'accessibilité et l'actualisation des procédures, l'évaluation des pratiques, le traitement des événements indésirables.

La traçabilité des actions est effective. Toutes les prises en charge médicales, soignantes, paramédicales sont tracées par les intervenants dans le DPI. Sont également tracés dans le dossier, le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels, la réévaluation de l'antibiothérapie, la prise en charge de la douleur, le projet personnalisé de soins et sa réévaluation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours patient et le suivi de sa mise en œuvre sont assurés au niveau institutionnel par le CH F. Manhès.

L'établissement recueille les indicateurs d'activité et financier.

Il suit les indicateurs obligatoires nationaux de qualité et de sécurité IQSS transversaux et de spécialités (qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques, indicateur maintenant abandonné) et Hôpital Numérique. Les indicateurs de suivi du CPOM et du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins sont adressés annuellement à l'ARS.

En interne, le CH suit les indicateurs des audits et EPP en cours : évaluation de la traçabilité et du port de bracelet d'identification, évaluation des connaissances de la formation au risque suicidaire, évaluation des transmissions ciblées, de la prévention des chutes, de la prise en charge diététique, de la douleur, évaluation dans le dossier de la traçabilité (recueil de données infirmiers, mesure de la douleur, prise en charge par la diététicienne, le kinésithérapeute, l'assistante sociale, traçabilité des réunions pluri-professionnelles, de la sortie).

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard du nombre de déclarations d'événements indésirables, des questionnaires de satisfaction des patients (en Hémodialyse, en Hôpital De Jour SSR nutrition et addictologie, de sortie pour les patients hospitalisés) et des évaluations patient traceur.

Une revue de pertinence des journées d'hospitalisation complète au sein des 5 établissements GPS 91 a été réalisée et présentée lors du séminaire médico-soignant du 19 juin 2018.

Le CH F. Manhès participe également au Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie de l'Agence de Biomédecine (réseau REIN) qui dans son rapport annuel publie les indicateurs de prise en charge des patients en dialyse sur le territoire métropolitain et des DOM-TOM : modalités de dialyse, bilan nutritionnel, anémie, survie et mortalité, délai d'accès à la greffe...

Ces évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives. Ils permettent la comparaison avec les établissements du GPS 91 et à l'échelon national pour l'activité d'hémodialyse.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations.

Le CH F. Manhès a, en premier lieu, mis en œuvre les actions correctives en réponse aux points à améliorer suite à la visite de certification précédente : formalisation des fiches de poste des pilotes, mise en place de sac d'urgence dans tous les secteurs d'activité, permanence paramédicale 24h/24 dans tous les services, définition d'un projet d'éducation thérapeutique en Psychiatrie.

Les actions identifiées et priorisées dans le compte qualité sont réalisées : mis en place d'une démarche

de prévention et de prise en charge du risque suicidaire, déploiement du programme d'éducation thérapeutique autorisée, meilleure organisation de la sortie du patient permettant d'assurer la continuité de la prise en charge, comme en témoigne la nette amélioration du score IQSS DEC en Psychiatrie dans l'audit interne de l'établissement conduit en 2018 selon le protocole de la HAS.

D'autres actions d'amélioration ont été mis en place depuis la dernière certification :

- Un groupe de travail sur les transmissions ciblés,
- Le développement de la dialyse à domicile, avec une mise en œuvre, dans la pratique quotidienne, des orientations stratégiques des instances nationales (la priorité du soin à domicile conformément aux souhaits de l'assurance maladie) et du projet médical de l'établissement et du groupe (porter l'expertise hospitalière à domicile et innover pour l'accompagnement du domicile). Le patient est pleinement acteur de sa maladie et de sa prise en charge notamment en ce qui concerne le projet de soins et le projet de vie et l'identification et la gestion du risque infectieux.
- La création de la Cellule Recherche en Soins Paramédicaux, qui a obtenu le premier prix du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale pour son "Étude pilote et comparative des intérêts et limites d'un atelier de défi culinaire en éducation thérapeutique du patient obèse" (protocole CuisTo).

Ces actions d'améliorations sont intégrés et articulés avec le plan d'actions institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée qui conduit à réajuster la stratégie de l'établissement lors du bilan annuel des instances et à fixer de nouveaux objectifs.

La communication des résultats et actions est réalisée auprès des médecins lors des réunions de CME. Les professionnels sont informés par les cadres lors des réunions de service. Les résultats sont également accessibles dans la gestion documentaire informatisée et pour certains par affichage dans les unités de soins.

Les usagers sont informés en réunion de CDU. Les indicateurs généralisés IQSS sont affichés dans le hall d'accueil de l'hôpital.

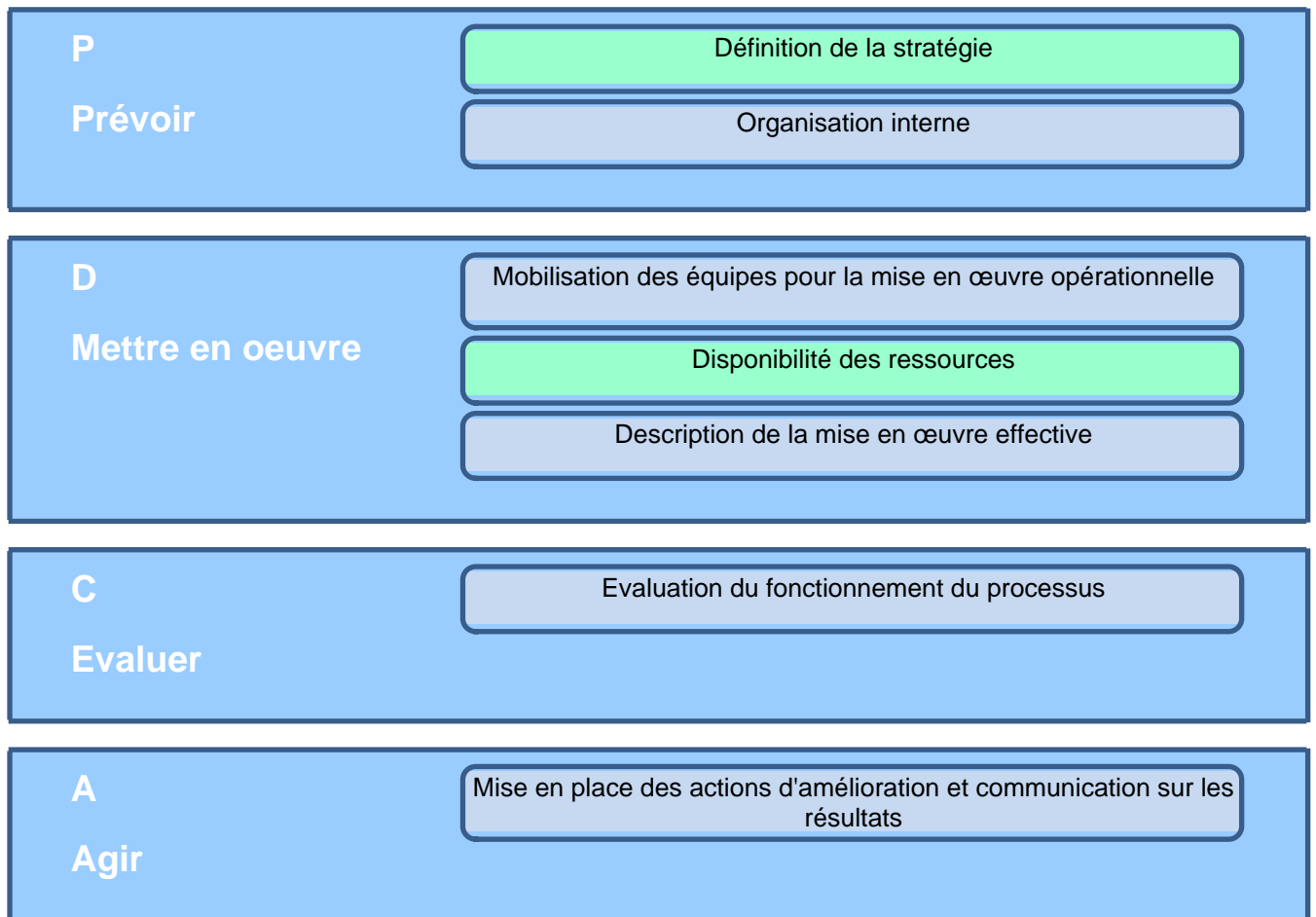
DOSSIER PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques du processus dossier patient du Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès sont formalisées dans le projet informatique/système d'information de la Partie 4 (Projets Sectoriels) du Projet d'établissement 2017-2021. 5 objectifs sont retenus : faire évoluer le Dossier Médical Partagé en fonction des exigences institutionnelles et réglementaires, faire évoluer les équipements techniques et les outils aux besoins de l'établissement et des partenariats, maintenir et poursuivre la mise à niveau de sécurité des systèmes d'informations, formaliser les sujets communs ou mutualisés avec le GPS 91.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées, selon la méthodologie institutionnelle, par un groupe de travail pluri-professionnel associant les professionnels du Dossier Patient Informatisé (DPI) et ceux du Système d'Information Hospitalier (SIH). La cartographie des risques a été réactualisée.

L'analyse des risques et l'identification des besoins ont été réalisés pour les toutes les étapes de la gestion du dossier du patient de la création à l'archivage au regard des différents support du dossier (informatique et papier pour l'activité d'anesthésie en sismothérapie). Les risques a priori ont été pris en compte : la réglementation, le suivi de la dernière certification V2014, les résultats du recueil des indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins (IQSS) et Hôpital Numérique (HN), les évaluations internes (audits, patients traceurs), les événements indésirables déclarés, les plaintes et réclamations. Les risques identifiés ont été hiérarchisés en réunion pluridisciplinaire en utilisant les matrices de fréquence, criticité et niveau de maîtrise selon la grille de cotation HAS.

Ils sont le support de formalisation d'un programme institutionnel d'action formalisé, priorisé et articulé avec le PAQSS de l'établissement. Ce programme est présenté aux instances de l'établissement qui valident l'analyse des risques, les plans d'actions et les modalités de mise en œuvre du programme.

Les 4 risques les plus prioritaires sont inscrits au Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le CH F. Manhès a défini une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier.

Le pilotage est assuré par un Médecin Psychiatre, le Cadre de Santé du service de psychiatrie et une Cellule DPI constitué du Responsable Informatique et d'un médecin. Les rôles et responsabilités de tous les professionnels sont formalisés dans une fiche mission.

Les besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles sont identifiés. Les ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences. Les professionnels du service de psychiatrie, service expérimentateur du DPI sont les référents métiers médicaux et paramédicaux du DPI et sont les relais au sein des services de soins. Une personne référente est identifiée pour organiser l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis par la réglementation.

Des formations sont programmées, intégrées dans le plan de formation annuel. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour tous les professionnels concernés. Les formations des nouveaux arrivants, des intérimaires, des étudiants IDE et AS, aux règles de tenue et d'accès au DPI sont organisées.

Les besoins en procédures sont identifiés, formalisés et intégrés dans la Gestion Électronique Documentaire (GED). Les procédures et protocoles sont issues de la réglementation et de documents de référence validés, actualisés. Les besoins en supports d'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont identifiés et les documents élaborés, disponibles.

Les ressources en matériels, équipements, achats sont prévues pour répondre aux objectifs du déploiement du dossier patient informatisé : parc d'ordinateurs postes fixes et portables, bornes Wifi, deux logiciels de gestion de dossiers médicaux et de prescription-administration (un en Hémodialyse, un commun SSR-Psychiatrie). Les locaux d'archivage des dossiers papiers sont identifiés et sécurisés pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Les dossiers sont conservés sur site.

Le système d'information du CH F. Manhès est structuré par une instance (CoDir SI) présidée par le Responsable SI nommé dans l'établissement. L'informatisation du dossier patient est structurée dans tous les services et intégrée au SIH. Le service informatique du CH F. Manhès et un prestataire externe organisent le développement, le fonctionnement, la maintenance et la sécurité du système d'information hospitalier (SIH). Une procédure dégradée est formalisée en cas de panne afin de garantir la continuité des soins. Une sauvegarde est organisée par un serveur spécifique pour la sauvegarde des données quotidienne et chez un hébergeur externalisé. Un Plan de Reprise d'Activité est structuré.

Les interfaces avec les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont prévues : interface informatique avec le laboratoire de biologie, coordination entre les différents acteurs (secrétaires médicales, professionnels en charge des admissions et de l'archivage, professionnels des secteurs d'activité). Une procédure « Sismothérapie-organisation générale de l'activité sismothérapie » et une fiche papier préformatée pour la séance de sismothérapie, incluant la consultation pré-anesthésie, la surveillance per et post anesthésie, organise la prise en charge et la traçabilité de la sismothérapie.

L'organisation du dossier patient unique est assurée par l'intégration systématique des documents papiers scannés dans les deux logiciels DPI de l'établissement (documents administratifs, pièce d'identité, personne de confiance, fiche préformatée pour la séance de sismothérapie, compte-rendu médical ou d'examens...).

En externe, un portail organise la connexion au DPI par les médecins en dehors du CH via une interface informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité, médical, administratif, soignants s'est saisi des enjeux liés au DPI en lien avec les orientations de l'établissement. Les cadres communiquent auprès des équipes de chaque service sur la politique du DPI, sur sa mise en œuvre et son évolution.

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leur secteur. Chaque service a identifié ses propres besoins, ses risques spécifiques et ses plans d'actions. Les professionnels concernés participent à l'élaboration des procédures et les documents sont mis à leur disposition sur la GED. Ils déclarent les événements indésirables (EI) dans le logiciel dédié et participent à l'analyse des EI graves.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du DPI. Des contrôles mensuels et des audits de dossiers sont réalisés. Les équipes ont accès aux résultats et aux indicateurs de suivi dans les services (affichage des résultats dans les services, réunions de service).

Les actions d'amélioration sont issues d'initiatives institutionnelles ou des équipes de jour et de nuit. Certaines actions sont spécifiques à certains services (dialyse et psychiatrie).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans tous les services. Les compétences présentes au sein des équipes permettent de répondre aux attentes de l'ensemble des utilisateurs. Des professionnels sont formés au paramétrage informatique du dossier : DSI, Cadres de santé, secrétaires médicales.

Les formations sont mises en œuvre. Les professionnels médicaux et paramédicaux suivent les formations nécessaires pour l'utilisation du dossier patient (formation au logiciel, transmissions ciblées, télétransmissions). Fin 2018, deux nouveaux médecins ont été formés au logiciel DPI par le médecin psychiatre et un complément de formation des médecins sur l'utilisation du logiciel a été assuré par le fournisseur du logiciel DPI. Les nouveaux arrivants sont formés pendant leur tutorat.

Les procédures en lien avec le processus dossier patient sont accessibles dans la GED et mises à jour : règles concernant la tenue du dossier patient à toutes les étapes de sa prise en charge (confidentialité, composition, archivage...), procédure d'élimination des éléments papiers du dossier patient, procédure dégradée en cas d'arrêt du logiciel DPI.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de l'information quant à son accès est organisée. Un chapitre ("Vos droits") inclus dans le livret d'accueil du CH F. Manhès, définit les modalités de la communication du dossier médical. Une procédure est en place.

Les locaux, équipements et matériels sont conformes et répondent aux besoins des professionnels. Le local d'archivage est sécurisé avec un accès réglementé et conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

Les besoins en matériels sont prévus : présence d'ordinateurs fixes et mobiles à chaque étage en quantité suffisante. Les maintenances préventives et curatives sont effectives.

Le service informatique interne de l'établissement, une hot-line et un prestataire externe assurent la maintenance du parc informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients traceurs vus pendant la visite confirment que les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis.

Le personnel médical et paramédical utilise les deux DPI institutionnels non interfacés et non communicants : suite logicielle DPI dialyse et logiciel DPI commun en SSR et Psychiatrie. Les habilitations d'accès des professionnels au DPI sont définies en fonction de leur profil ; ils ont accès au DPI soit en lecture soit en écriture en fonction de leur profil utilisateur. Un identifiant et un mot de passe sont obligatoires pour toute connexion aux DPI.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile est assurée. Dans le DPI sont tracés, les informations administratives, les observations et suivi médicaux, diagnostic, suivi médicaux et paramédicaux (IDE, AS, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes, assistante sociale), transmissions ciblées, plans de soins, projet de soins personnalisé, suivi des constantes, prescriptions, examens complémentaires... Les pièces du dossier papier (personne de confiance, directives anticipées, fiche préformatée pour la séance de sismothérapie..) sont scannées et intégrées dans le DPI du patient. En hémodialyse, les données du générateur sont automatiquement incrémentées dans le DPI.

Le DPI permet d'assurer la coordination, la continuité de la prise en charge des patients et la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. Chaque professionnel habilité à se connecter au dossier peut consulter les transmissions des autres professionnels. Les professionnels de santé du service de dialyse ont accès au DPI commun aux services SSR et Psychiatrie en lecture et en saisie pour les transmissions ciblées. Les personnels soignants des services de SSR et de psychiatrie disposent d'une fiche de liaison systématiquement transmise pour tout patient revenant dans le service à l'issue de la séance de dialyse. Les praticiens ont accès aux DPI, 24h/24 en dehors de l'hôpital par une interface informatique sécurisée.

La communication avec les correspondants externes est assurée. Un Compte-Rendu d'Hospitalisation est remis au patient. Il peut être communiqué à des professionnels de santé externes par fax, sur demande écrite. En Hémodialyse, une copie des dossiers des 3 dernières séances et des derniers bilans biologiques est remis aux patients transférés ou vacanciers. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises dans les règles de confidentialité.

L'accès du patient à son dossier est conforme à la procédure. Les délais réglementaires sont respectés lors de la demande de communication des dossiers par le patient. Le suivi des demandes et le respect des délais est directement sous la responsabilité du Directeur.

Les interfaces sont fonctionnelles. Le CoDir SI se réunit régulièrement et il existe une articulation avec la Cellule DPI et CoDir Qualité/Risques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH F. Manhès évalue la gestion du dossier patient sur la base d'indicateurs. Il assure le suivi régulier des indicateurs de qualité du dossier patient IQSS et HN, avec une attention particulière sur l'indicateur tenue du dossier d'anesthésie en sismothérapie, en dessous du seuil ; les résultats non validés par l'ARS pour 2018 montre une progression significative.

Les indicateurs proviennent des évaluations annuelles institutionnelles des dossiers patients dans les 3 secteurs d'activité Hémodialyse, SSR et Psychiatrie menées selon le protocole HAS et des investigations patient traceur.

Les délais de transmission des dossiers aux patients sont mesurés et à ce jour l'établissement n'a eu aucune demande de dossiers.

Ces évaluations sont exploitées pour identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations en lien avec la CDU. Les actions correctives en réponse aux points à améliorer suite à la visite de certification précédente et ceux du compte qualité ont été priorisées : établissement et formalisation d'une stratégie relative au DPI, formalisation des modalités de communication des dossiers aux professionnels impliqués dans la prise en charge des patients et avec les correspondants externes, traçabilité des actes de sismothérapie (dossier anesthésique et acte d'ECT), traçabilité dans le DPI des transmissions ciblées. Un groupe de

travail Transmissions Ciblées a été créée en 2019.

Les actions d'améliorations sont intégrées et articulées avec le plan d'actions institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée, permettant de réajuster la stratégie de l'établissement et de nouveaux objectifs lors du bilan annuel des instances.

Les supports et modalités de diffusion sont établis selon le dispositif institutionnel. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels lors des réunions des instances et les réunions de service. Les indicateurs IQSS et les indicateurs sont affichés dans l'établissement. La CDU est informée sur le nombre de demandes d'accès au dossier, les délais de transmission des dossiers aux patients et le suivi des actions d'amélioration.

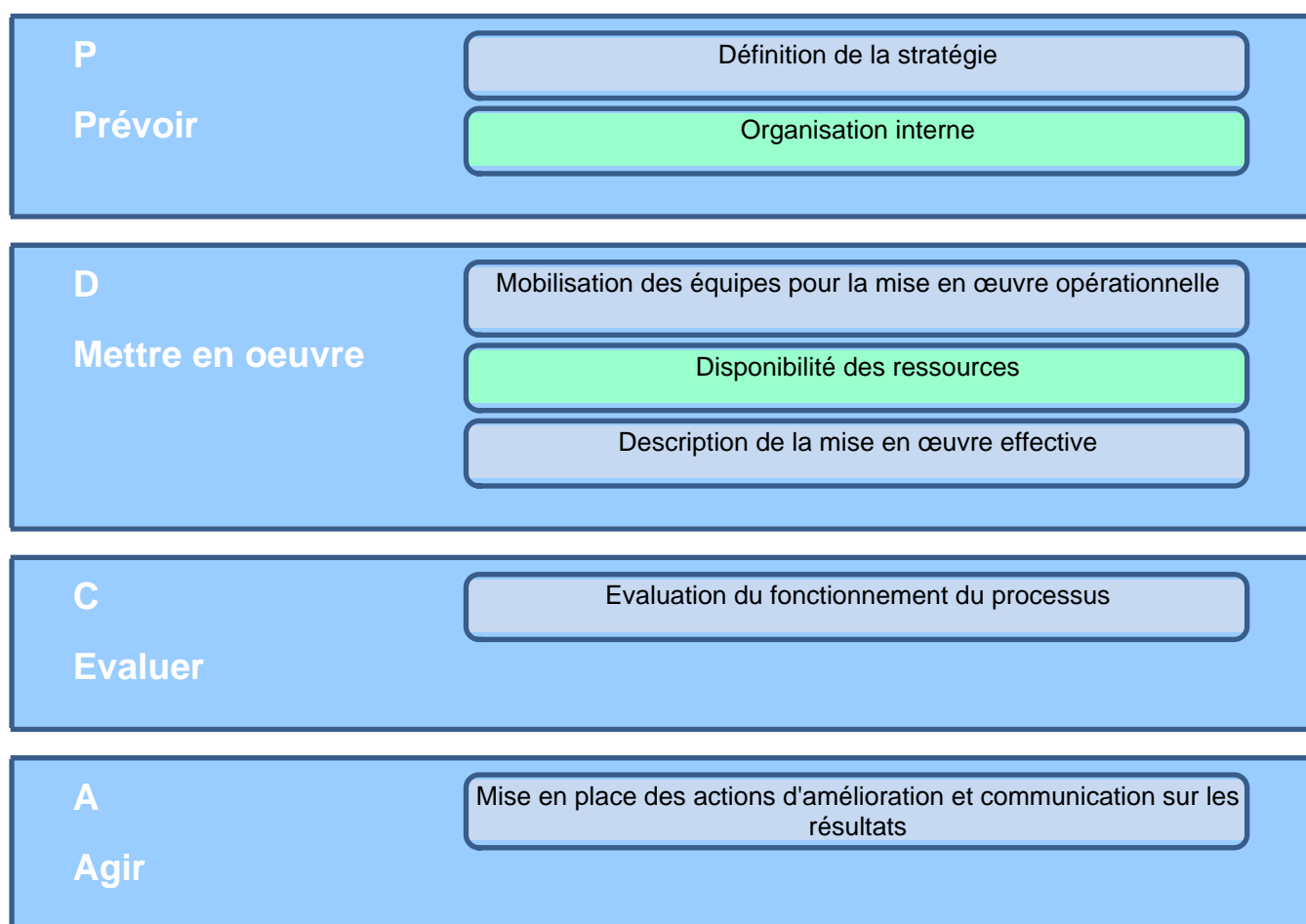
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) doté d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation, d'un service d'hémodialyse (regroupé en pôle SSR /Hémodialyse) et d'un service de Psychiatrie avec une activité de sismothérapie.

Il a défini sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au regard des 4 missions définies et formalisées dans le projet d'établissement pour la période 2017-2021 : assurer la délivrance et la dispensation pharmaceutique des médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) pour tous les services de l'hôpital et de l'EHPAD Marcel Paul situé sur le même site, assurer la continuité des soins par le bais de la dispensation, respecter le Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM), sécuriser le circuit du médicament. Elle constitue le 7ième axe du document Stratégie Qualité Gestion des Risques validée par le CoDir Qualité/Risques le 1er octobre 2018 : déploiement du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse intégrant l'analyse des évènements indésirables graves liés au circuit du médicament.

L'établissement a identifié et analysé ses risques en élaborant une cartographie des risques utilisant l'outil construit par l'ARS Île-de-France qui tient compte des impératifs de l'arrêté du 6 avril 2011. Ont été analysées, les étapes des circuits du médicament, les risques spécifiques (populations à risques dans cet établissement qui accueille des personnes âgées et qui intègre un secteur médico-social, médicaments à risques, voies d'administration à risque) et les risques génériques (identito-vigilance, informatisation).

Il a également pris en compte les décisions issues du rapport de la première visite de certification V2014, les objectifs fixés par les tutelles notamment les indicateurs du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) signé avec l'ARS Île-de France, les résultats des indicateurs nationaux (Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins et Hôpitaux Numériques), les analyses des risques a posteriori (évènements indésirables) et les audits internes.

Les risques ont été hiérarchisés, priorisés en criticité et maîtrise selon la grille de la HAS, en groupe de travail associant les professionnels de terrain et validés par le CoDir Qualité/Risques. Des plans d'action sur les risques identifiés ont été établis.

La stratégie est déclinée dans le programme d'action de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS) formalisé, priorisé et accessible par tous les professionnels dans la gestion documentaire informatisée. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies : les objectifs sont identifiés, les mesures de traitement, les modalités de suivi et les indicateurs associés sont définies.

Ce programme et un document « Politique d'amélioration de la qualité de la sécurité et de l'effizienz de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles » ont été présentés et validés le 12 février 2019 par les instances du Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès : Directoire, CME, CoDir, COMEDIMS, CDU. Cette politique intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé. De plus, un Projet pharmaceutique GPS 91 établi en juin 2019 par les pharmaciens gérant du groupement a été remis aux instances.

Le compte qualité de l'établissement est une extraction des risques prioritaires. Il comporte 4 risques assortis de plans d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de prise en charge médicamenteuse est assuré par la pharmacienne gérante du CH F. Manhès et le Président de la CME, chef de pôle SSR-Hémodialyse.

Au niveau institutionnel, la politique s'appuie sur le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS).

La Responsable Qualité Coordonnateur des risques est responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM)

Ces professionnels disposent de fiche de poste identifiant leurs rôles et responsabilités.

Cette organisation est formalisée dans deux documents. Un Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, validé pour sa 3ième version le 5 décembre 2015 qui présente l'organisation en matière d'assurance qualité de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CH F. Manhès conformément aux exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Une procédure « Organisation du circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient » validé pour sa 3ième version le 03 décembre 2019 qui se réfère également à l'arrêté du 6 avril 2011 et au référentiel de la HAS V2010 révisé 2011.

Au regard des besoins et risques identifiés, les ressources humaines, matérielles, et documentaires

nécessaires sont identifiés et prévus.

Les ressources humaines sont identifiées à la PUI et dans les unités de soins : pharmacienne gérante, préparatrices en pharmacie, IDE référente pharmacie en Hémodialyse et cadres référentes médicament en SSR et Psychiatrie. Ces professionnels organisent selon les procédures internes de l'établissement les tâches pharmaceutiques et les fonctions gestion, approvisionnement, transport, réception, stockage, dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les rôles, les responsabilités et les missions de tous les professionnels sont formalisés dans des fiches de poste. Les remplacements sont prévus.

Les besoins en formation des personnels de la PUI et des unités de soins sont identifiés et intégrés dans le plan de formation du CH F. Manhès. Un accompagnement formatif est organisé pour les nouveaux arrivants et les personnels intérimaires.

Mais, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas totalement définies. La PUI de l'établissement est ouverte du lundi au jeudi de 9h à 17h et le vendredi de 9h à 13h. En dehors des horaires d'ouverture de la PUI, la délivrance des médicaments à l'hôpital (et à l'EHPAD) est organisée par deux procédures, respectivement pour l'hôpital et pour l'EHPAD. Celles-ci prévoient que le médecin qui a besoin d'un médicament non présent dans la dotation des pharmacies ou dans les stocks tampons des services appelle l'administrateur de garde. Celui-ci possède la clé de la pharmacie. L'administrateur et le médecin pénètrent dans la PUI et récupèrent le médicament.

L'accès à la pharmacie par une personne non habilitée ne répond pas aux impératifs réglementaires du code de santé publique et du décret 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur (respectivement, article R. 5125-34 et art. R. 5126-16, "les pharmacies à usage intérieur ne peuvent fonctionner sur chacun de leurs sites d'implantation qu'en présence du pharmacien chargé de la gérance ou de son remplaçant ou d'un pharmacien adjoint"), à l'arrêté du 6 avril 2011 et aux exigences du manuel de certification V2010 (constitue une situation à risques). Ces textes sont, ainsi qu'indiqué ci-dessus, les deux référentiels utilisés par l'établissement pour construire sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le risque était connu de l'établissement. La pharmacienne gérante tient à jour l'audit d'entrée dans la pharmacie hors la présence du pharmacien (18 en 2019) et la quantité et le nom des médicaments retirés. Elle a également sollicité, sans succès, les établissements de santé du Sud-Francilien et du GPS 91, pour formaliser une convention de dépannage en produits pharmaceutique. Néanmoins, il n'a pas fait l'objet d'une inscription dans le PAQSS, ni dans le compte qualité.

Cette pratique a été immédiatement corrigée pendant la visite. Le Directeur, le Président de la CME et la Pharmacienne gérante ont, par note de service et par mail, informés les professionnels de l'interdiction de l'accès à la pharmacie en dehors des heures d'ouverture. La Pharmacienne gérante, a revu les dotations de service, mis à jour les procédures de délivrance des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI et actualisée la procédure « Organisation du circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient » (version 4 du 12/03/2020, applicable immédiatement). L'établissement a pris en compte les données de la visite de certification et a inscrit ce risque prioritaire dans le PAQSS.

Le dispositif de gestion documentaire est informatisé. Les documents sont issus de références validés, rédigés avec les professionnels. Des outils d'aide actualisés et validés à destination des professionnels sont prévus : livret thérapeutique, liste des médicaments à risques, protocoles thérapeutiques. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés.

Les locaux de la PUI sont identifiés et installés au 3ième étage de l'hôpital. Ils sont sécurisés. La PUI est organisée pour assurer les opérations de gestion, d'approvisionnement, de réception, de stockage, de détention et de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux. Une aire de stockage, sécurisée, située au sous-sol de l'hôpital organise le stockage des gros volumes des produits de dialyse. Le traitement d'eau d'hémodialyse est situé à côté de cet aire de stockage.

Les matériels nécessaires (linéaires de stockage, armoire de rangements des médicaments, piluliers, caisses de transport, coffres à stupéfiants, réfrigérateurs pour stockage des médicaments thermosensibles, chariots d'urgence scellés, ordinateurs..) sont prévus à la PUI et dans les unités de soins.

L'entretien et la maintenance préventive et curative des équipements et des locaux sont organisées et programmées avec l'équipe d'hygiène, le service de maintenance de l'hôpital et les fournisseurs d'équipements.

Le système d'informatisation est organisé, structuré sur l'ensemble du circuit du médicament, intégrée au système d'information du CH F. Manhès. L'informatisation est complète pour tous les médicaments (logiciel de prescription, dispensation et administration des médicaments) et est structuré autour de deux logiciels non interfacés : un logiciel du Dossier Patient Informatisé (DPI) en Hémodialyse et un DPI commun en SSR et Psychiatrie. L'informatisation organise également la gestion des stocks.

La maintenance préventive et curative et préventive du matériel et des logiciels est programmée avec le service informatique. La sécurisation du SI est organisée : serveurs externes, procédure dégradée en cas de panne informatique organisant la continuité des soins, Plan de Reprise d'Activité.

La gestion des interfaces est organisée.

La PUI est en relation avec les services de soins par la présence régulière de la pharmacienne et des cadres et IDE référentes. L'analyse pharmaceutique du traitement complet, incluant le traitement personnel des patients est organisée pour tous les lits avec accès par la pharmacienne aux données cliniques et biologiques du patient. La conciliation médicamenteuse est en cours de déploiement. La continuité du traitement médicamenteux et le lien ville-hôpital sont organisés.

Les interfaces avec les secteurs médico-techniques sont structurées. La gestion, les maintenances préventives et curatives des matériels et équipements sont organisées par le service de maintenance de l'hôpital et les fournisseurs : scopes, générateurs de dialyse, traitement d'eau...Les techniciens de maintenance organisent la réception des produits de dialyse et la préparation des palettes de dialyse à domicile; la maintenance est organisée par le fabricant du générateur

La pharmacienne gérante organise et programme, avec la Cellule Eau, dont elle est la Présidente, la vérification du respect de la pharmacopée en ce qui concerne la qualité de l'eau pour l'hémodialyse (aqua-dia-vigilance) à l'hôpital et à domicile : carnet de bord, prélèvements physico-chimiques et microbiologiques périodiques, désinfection chimique et thermique.

L'entretien et la désinfection des locaux sont organisés par des professionnels dépendant du service d'hygiène. L'acheminement des déchets est organisée par des professionnels salariés de l'équipe de maintenance de l'établissement.

Les interfaces sont définies avec les secteurs administratifs. La Responsable Qualité Coordonnateur des risques est RSMQPCEM et organise le traitement des fiches d'évènements indésirables. La pharmacienne organise avec le COVIRIS la diffusion des alertes sanitaires descendantes et les déclarations, l'analyse et la transmission des incidents relatifs à la pharmacovigilance et l'aqua-dia-vigilance.

En externe, la PUI organise la délivrance des EPO aux patients hémodialysés à domicile et avec des prestataires externes, le transport et la délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux, l'élimination des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de l'établissement fédèrent les équipes autour de la démarche d'amélioration de la qualité du processus. Ils mettent en œuvre les plans d'actions définis par la COMEDIMS en déclinaison du programme institutionnel. Les professionnels rencontrés pendant la visite connaissent les risques liés au circuit du médicament.

Plusieurs dispositifs participent à la sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur secteur. Les équipes soignantes sont informées des objectifs lors des réunions de service et les comptes rendus du COMEDIMS sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. La pharmacienne a réalisée une formation au never events.

Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé dans le logiciel mis en place par l'établissement. Les professionnels déclarent les FEI liées à la PECM (7 en 2019). Les résultats sont accessibles aux équipes dans la gestion documentaire informatisée. En cas d'événement indésirable grave, une RMM est organisée. L'hôpital a, lors de la semaine de la sécurité des patients, organisé une chambre des erreurs.

Les activités sont évaluées périodiquement et les professionnels sont informés sur leurs résultats : audit hebdomadaire de conformité des piluliers, traçabilité des médicaments en dialyse, audit gestion du traitement personnel, questionnaire de satisfaction des patients (comment estimez-vous avoir été informé du traitement à suivre à domicile ?). Une EPP est en cours sur les médicaments chez les personnes âgées.

Des actions correctives sont identifiées et mise en œuvre en y associant les équipes de soins au regard des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans tous les secteurs du CH F. Manhès.

Les effectifs de la PUI sont constitués d'une pharmacienne gérante salariée pour le CH F. Manhès et l'EHPAD et 3 préparatrices en pharmacie (1,8 ETP pour le CH et 0,5 pour l'EHPAD).

Les formations, nombreuses, sont effectives pour tous les professionnels, soit génériques (prise en charge de l'urgence vitale, AGFSU niveau 1, formation incendie), soit spécifiques (médicaments et dialyse, sécuriser et prévenir les erreurs médicamenteuses en psychiatrie, sécurisation et optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée, conciliation médicamenteuse, utilisation des logiciels, bon usage des antibiotiques, brevet de préparateur en pharmacie dans le cadre du Compte Personnel de Formation de transition). Une formation a été mutualisée avec le GPS 91 (sécuriser la prise en charge

médicamenteuse).

L'intégration et la formation des nouveaux arrivants sont assurées par une IDE tutrice pendant une période de formation variable selon les services, avec un bilan hebdomadaire. Le remplacement est assuré par des vacataires fidélisés et il n'y a pas d'appel à du personnel intérimaire.

La documentation est connue et accessible dans tous les secteurs d'activité dans la gestion documentaire informatisée. Les professionnels ont accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration: livret thérapeutique des médicaments en DCI, liste des médicaments à risques, guide de prescriptions des médicaments adaptés aux personnes âgées, guide OMEDIT Centre. Des fiches d'information pour les patients et leur entourage sont disponibles.

Les ressources matérielles sont adaptées, fonctionnelles et entretenues.

La PUI située au 3^{ème} étage de l'hôpital, comprend une zone administrative et logistique (bureau du pharmacien, archives, aire de rétrocession) et une zone de réception, de stockage et de distribution des médicaments. Au sous-sol, est installée l'aire de stockage des produits de dialyse et à l'extérieur le local oxygène. Les locaux sont sécurisés : clé digitale par badge avec traçabilité informatique des ouvertures, vidéo-surveillance, accès par l'ascenseur uniquement lors des heures d'ouverture de la PUI.

Les équipements et matériels sont conformes aux exigences réglementaires disponibles, fonctionnels et entretenus.

A la PUI, linéaires de stockage, matériels pour la dispensation, coffre-fort pour les stupéfiants, réfrigérateur pour le stockage des médicaments thermosensibles pourvu d'un système de contrôle des températures par sonde électronique avec enregistrement et alarme.

Dans les services fermés par clé badgée, les médicaments et dispositifs médicaux sont stockés dans des armoires à pharmacie fermées à clé. Les stupéfiants sont détenus dans des coffres à toxique sécurisés par digicode électronique. Les médicaments thermosensibles sont détenus dans un réfrigérateur dont la température est relevée quotidiennement.

Des chariots et sacs d'urgence sont présents à chaque étage vérifiés mensuellement.

Les postes informatiques sont présents en nombre suffisant. Le service informatique du CH assure le développement, le fonctionnement, la maintenance et la sécurité du système informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CH F. Manhès met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La prescription, réalisée par les médecins habilités à prescrire, y compris le traitement personnel est entièrement informatisée dans les deux DPI institutionnels (hospitalisation complète SSR-Psychiatrie et ambulatoire Hémodialyse). Ils sont sécurisés par login et mot de passe. La prescription des médicaments administrés dans le cadre de la sismothérapie est réalisée sur la fiche de séance papier.

L'analyse pharmaceutique a priori de l'ensemble des prescriptions, y compris le traitement personnel est réalisée sur la totalité des prescriptions, y compris le traitement personnel. Elle est de niveau 2 (transitoirement, de niveau 1 en raison du non accès par la pharmacienne aux examens biologiques du patient lié au changement d'un logiciel de partage d'information avec le laboratoire). Un avis pharmaceutique peut être transmis soit par téléphone soit informatiquement au prescripteur dans le DPI en fonction d'un niveau de gravité.

La délivrance des médicaments est nominative pour toutes les prescriptions dans tous les services selon les procédures en vigueur. En SSR et Psychiatrie, la préparatrice en pharmacie prépare dans la PUI les traitements pour chaque patient pour une durée maximale de 7 jours. L'IDE se rend à la pharmacie avec les armoires sécurisées des semainiers des patients pour assurer la répartition des médicaments dans les piluliers avec double contrôle des piluliers (préparatrice et IDE) et contrôle aléatoire par la pharmacienne.

Le transport des médicaments de la pharmacie aux secteurs d'activité clinique est assuré par le personnel soignant avec les conditions de sécurité conforme aux bonnes pratiques (caisses de médicaments sécurisées, contenants isothermes, hygiène).

En Hémodialyse, les médicaments intra-dialytiques sont préparés hebdomadairement par la préparatrice en pharmacie à partir d'une extraction du DPI. La délivrance est individuelle et nominative à l'exception des héparines pour l'anti-coagulation des circuits d'hémodialyse dont la délivrance est globalisée. Le renouvellement des consommables pour l'hémodialyse, compte tenu du volume et du poids des consommables est assuré par un magasinier. Le renouvellement des consommables pour les patients hémodialisés à domicile est réalisé par la préparatrice et le technicien de maintenance, sous le contrôle de l'IDE coordinatrice, avec libération pharmaceutique de la palette filmée et livraison assurée par un prestataire externe.

En sismothérapie, les médicaments utilisés (anesthésiques généraux, curare, antalgiques de palier 1) lors des séances sont délivrés dans le cadre d'une dotation de service.

Les règles d'administration des médicaments sont respectées et sont conformes à la réglementation : administration des médicaments par les IDE, vérification de la concordance du pilulier et de l'identité du

patient, médicaments restant identifiables grâce à l'absence de blisters découpés ou sur-étiquetage conforme (nom en DCI, dosage, date de péremption), traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel dans le dossier patient informatisé.

Les règles de bonnes pratiques de broyage des comprimés sont appliquées pour l'administration chez les patients ayant des troubles cognitifs et/ou des troubles de déglutition ou porteurs de sonde nutrition entérale. Les médicaments injectables sont étiquetés au moment de leur préparation. En dialyse, les règles d'administration du fer injectable répondent à la circulaire de janvier 2014. La gestion de la non administration est tracée, l'aide à l'administration pour les patients le nécessitant est réalisée et tracée.

Le traitement personnel du malade est séquestré dans une poche identifiée, rangé dans une armoire sécurisée avec traçabilité dans le DPI. La prescription de ce traitement personnel est réalisée par les praticiens dans le dossier informatisé. Les médicaments personnels sont restitués au patient lors de sa sortie.

Le suivi du traitement est effectif : surveillance des effets secondaires, réévaluation de l'antibiothérapie à la 48^{ème} heure.

La continuité du traitement médicamenteux lors du transfert ou de la sortie du patient est assurée par l'édition papier du Compte Rendu d'Hospitalisation informatique qui comportant l'ordonnance de sortie remis au patient.

La visite terrain de la PUI et des unités de soins confirme que les circuits établis sont respectés et mise en œuvre.

Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage de médicaments sont respectées, en terme d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de sécurisation.

Les médicaments sont rangés dans les armoires par Dénomination Commune Internationale (DCI), un seul médicament et un seul dosage par casier, séparation par voie d'administration. La gestion du stock et des périmés, l'entretien et le nettoyage des armoires sont protocolisés.

Les stupéfiants sont détenus dans des coffres à toxique sécurisés à la PUI et dans chaque service de soins.

Les médicaments à risques sont identifiés dans les armoires et dans le livret thérapeutique par le même logo « médicament à risque ».

Les produits pharmaceutiques thermosensibles sont stockés dans les réfrigérateurs de la PUI et des unités de soins avec relevé journalier des contrôles de température. Le dégivrage et le nettoyage mensuel sont effectués et tracés. Les chariots et sacs d'urgence sont vérifiés mensuellement et la traçabilité du contrôle assurée.

Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs. Les vigilances sanitaires sont mises en œuvre.

Les actions sont tracées. A la PUI, il existe une liste des prescripteurs habilités avec le recueil des signatures. Les commandes, achats et livraisons, les rappels de lots sont tracés. Dans les secteurs de soins sont tracés les commandes, la réception des médicaments, la prescription, l'administration et la non-administration, la réévaluation des antibiotiques, la vérification des péremptions, la surveillance de la chaîne du froid, le bionettoyage des équipements. Les contrôles des paramètres du traitement d'eau de dialyse sont tracés et archivés à la PUI. Les réunions de CREX et de RMM font l'objet de comptes-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation assure le suivi de la qualité et de l'efficacité de la politique de la prise en charge médicamenteuse du CH F. Manhès

Il suit les indicateurs nationaux IQSS et HN et ceux en lien la contractualisation du CBUM et du CAQES (rapport annuel d'autoévaluation).

L'établissement participe aux enquêtes nationales : enquête médicaments de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, surveillance de la consommation et de la résistance aux antibiotiques (ConsoRes).

L'établissement suit des indicateurs internes quantitatifs et qualitatifs formalisés dans le bilan d'activité de la PUI : bilan financier et économique, nombres de commandes, palmarès des fournisseurs, nombre de livraisons, nombre de lignes de prescription....

Il suit les indicateurs de qualité issues d'audits : nombre de dysfonctionnement fournisseurs, nombre d'erreurs constatés lors des reconditionnements des médicaments, nombre d'erreurs lors de la libération des palettes de dialyse à domicile, nombre d'erreurs lors des contrôles de piluliers, nombre de FEI en lien avec le circuit du médicament, nombre de RMM/REX en lien avec le circuit du médicament...

Ces évaluations permettent de mesurer l'efficacité des mesures mises en œuvre et identifier des actions correctives.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, avec les professionnels, en lien avec les résultats des indicateurs et sont intégrées dans le PAQSS.

Citons la mise en place de la validation pharmaceutique dans le DPI de dialyse, le réaménagement du stockage des médicaments dans la PUI avec le classement en DCI, l'actualisation de la procédure du traitement personnel suite à l'audit, le guide prescription médicamenteuse pour les personnes âgées, le suivi microbiologique du traitement d'eau de dialyse.

Le suivi des actions est réalisé selon le dispositif institutionnel dans le tableau de bord d'indicateurs. L'efficacité des actions est évaluée. Cela conduit à définir de nouveaux objectifs et programmer de nouvelles actions ou des modifications de projets.

La communication des résultats et actions est réalisée auprès des médecins lors des réunions de CME (bilan pharmacie, point CAQES, suivi des consommations d'antibiotiques...) et des professionnels par les cadres lors des réunions de service. Les résultats sont également accessibles dans gestion documentaire informatisée et par affichage dans les unités de soins.

Les usagers sont informés lors des réunions de CDU et les IQSS sont affichés à l'hôpital.