HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE RÉADAPTATION DE COUBERT

Route de liverdy
Cd 96
77170 COUBERT



Validé par la HAS en Mai 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mai 2023

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 14
Chapitre 3 : L'établissement 17
Table des Annexes 20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2023 22
Annexe 3. Programme de visite 26

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers…

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

… et sur des méthodes

• des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé

• des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

• des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé

• des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain

• des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

• Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.

• Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.

• Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé decide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE DE RÉADAPTATION DE COUBERT	
Adresse	Route de liverdy Cd 96 77170 COUBERT CEDEX FRANCE
Département / Région	Seine-et-Marne / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	930027347	UGECAM IDF	4 place du general de gaulle 93100 MONTREUIL FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

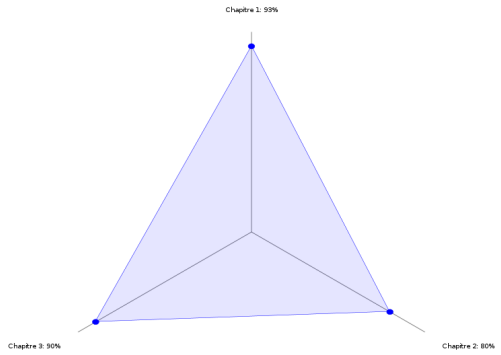
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

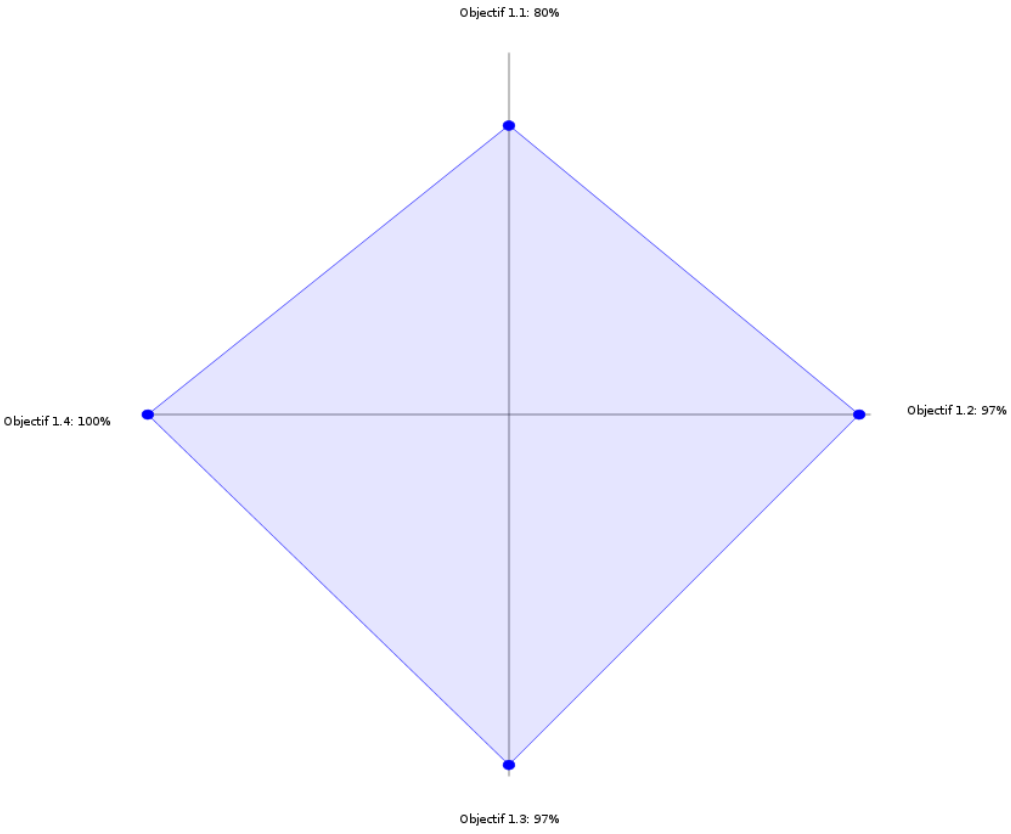
Au regard du profil de l'établissement,102 critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient



93%

du score maximal

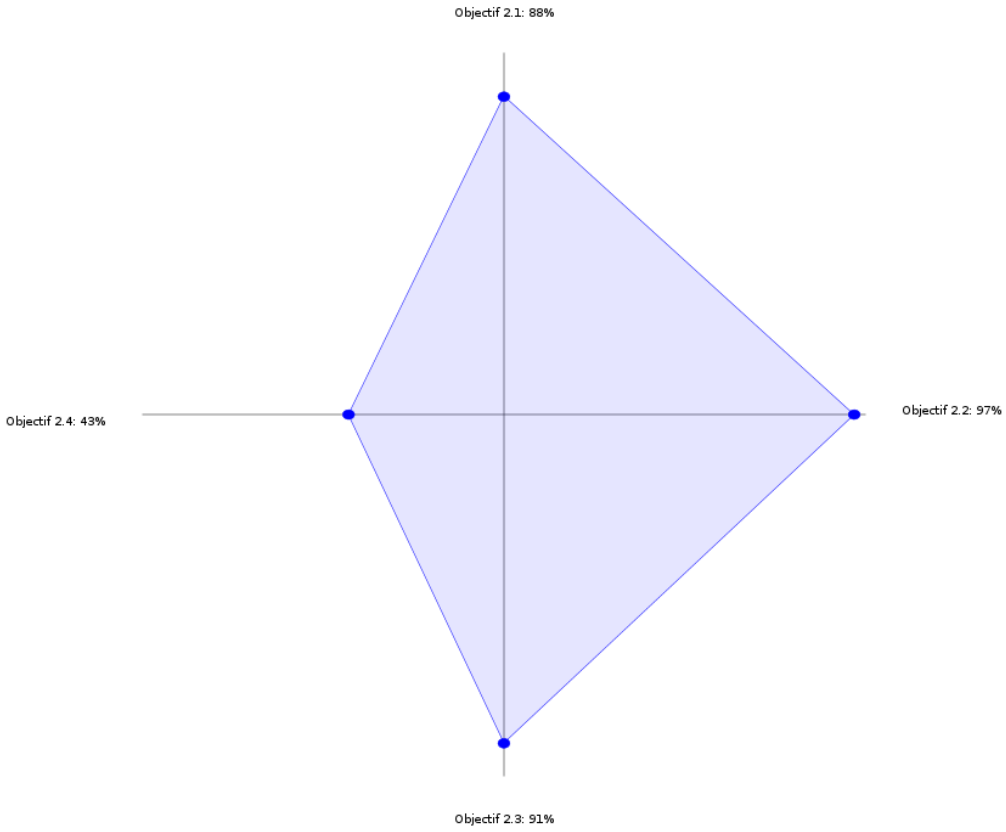
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	80%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le centre de réadaptation de COUBERT, groupe UGECAM, est un établissement de 220 lits, répartis en 208 lits en hospitalisation complète en soins de suite et réadaptation (gériatrie, patients amputés et appareil locomoteur, neurologie, grands brûlés, EVC-EPR) et 12 lits de soins longue durée (USPC), avec des plateaux techniques, 33 places d'hôpital de jour et une HAD-R de 90 places, avec présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7. Le patient est informé de son délai de prise en charge, dès son admission et tout au long de son séjour. Trois chartes (droits des patients, Jacob, personnes âgées et handicap) sont affichées dans tous les services. L'avis du patient est pris en compte dans le cadre de son projet de soins personnalisé et de vie (PSPV), tenant compte de la réflexion bénéfice/risque et de ses consentements tracés dans le dossier patient informatisé (DPI). Le PSPV est réévalué lors des staffs hebdomadaires ou bimensuels.

Lorsque le patient n'est pas apte à décider, la personne de confiance est sollicitée. Le patient bénéficie d'actions d'informations, d'actions éducatives adaptées, qui favorisent son implication dans sa prise en charge (programme d'éducation thérapeutique pour les brûlés « mieux vivre avec mes cicatrices de brûlure ») et les patients victimes d'un A.V.C : « Savoir gérer ses troubles de la déglutition après un A.V.C.). Il existe dans les services des supports sur les messages de santé publique concernant les pratiques addictives et la grippe mais pas sur la prévention primaire. Le patient est informé à son admission de la personne de confiance et de la personne à prévenir. Les professionnels de soins connaissent l'accès aux coordonnées de la personne de confiance sur le DPI. Cependant, quand la personne à prévenir est différente de la personne de confiance, les professionnels de soins ne connaissent pas les modalités d'accès sur le DPI. Dans l'organisation de l'établissement, lors du déploiement du DPI, il a été décidé que ce sont les médecins et exceptionnellement les inifrmiers que recherchent les coordonnées de la personne de confiance. A sa sortie, le patient est informé des consignes pour le suivi de son traitement, qui lui est délivré en main propre par le biais de la lettre de sortie et les professionnels s'assurent du niveau de compréhension du patient. En hôpital de jour, il n'existe pas de document relatif aux évènements indésirables spécifiques possibles et la conduite à tenir en cas de survenue. En HAD, le patient peut joindre à tout moment les professionnels concernés par sa prise en charge. Le patient n'est pas toujours informé de son droit à rédiger ses directives anticipées, hormis les informations figurant sur le livret d'accueil, avec une fiche prête à l'emploi. Le patient peut solliciter l'accompagnement en fin de vie dans les situations le nécessitant. Cependant, les patients méconnaissent le rôle des représentants des usagers, même si ceux-ci figurent sur des affiches et dans le livret d'accueil. Les associations de bénévoles sont affichées dans les lieux de convivialités, mais pas dans les services. La satisfaction du patient est systématiquement évaluée par un questionnaire de satisfaction, remis par les professionnels le week-end précédant sa sortie, adapté à chacune des prises en charge en HC, HDJ, HAD et au pôle centralisé des consultations externes. Une méthode de recensement de l'expérience patient (« AMPPATI ») a été réalisée respectivement sur trois patients en 2021 et 2023. Cependant, les questionnaires en ligne E-Satis, au vu du taux de réponse, malgré l'augmentation du taux de recueil des adresses mails des patients, ne permettent pas son exploitation. De plus, les patients rencontrés ne connaissaient pas tous les modalités pour soumettre une réclamation et aucun pour déclarer un évènement indésirable. Malgré certains locaux vétustes (projet de reconstruction pour 2028), le respect de l'intimité du patient est recherché à travers les comportements professionnels (paravents télescopiques dans les chambres doubles et plateaux techniques, les demandes par les patients de portes des chambres ouvertes sont tracées dans le DPI). Le maintien à l'autonomie des patients vivant un handicap et des personnes âgées est assuré tout au long de son séjour et revu lors des staffs bimensuels. L'accès aux données patient, contenues dans le DPI, respectent la confidentialité des données (écran de veille systématique en l'absence du professionnel, porte du bureau de soins systématiquement fermé avec un digicode). Chaque contention fait l'objet d'une prescription, avec une surveillance quotidienne (le DPI prévoit un protocole de surveillance : hydratation, alimentation, état cutané) et une réévaluation hebdomadaire tracée. L'évaluation de la douleur par anticipation et son soulagement sont réalisés et tracés dans le DPI. Dans la majorité des services, il existe des échelles d'hétéroévaluation pour les patients non communicants, avec des professionnels formés. Le CLUD réalise un programme annuel, avec des correspondants dans tous les services et un plan de formation adapté. Des audits sont régulièrement conduits sur la cotation et la prise en charge de la douleur dans l'établissement. Cependant, dans le service des grands brûlés, un professionnel n'a pas su citer l'échelle d'hétéroévaluation dans le cas d'un éventuel patient non communicant. Quand la situation le demande, l'échelle référencée dans le cas du « si besoin » est tracée dans le DPI, hormis dans le service des grands brûlés, où les antalgiques sont administrés par anticipation pour des actes de soins douloureux (mobilisation, pansements, mobilisation), en fonction du délai d'action de l'antalgique. Les proches ou aidants du patient, selon sa décision, sont partie intégrante de sa prise en charge et leur implication est tracée dans le DPI (PSPV). A chaque admission, à la réunion de synthèse « équipe/famille » sont invités les familles à la demande du patient. Dans les situations le nécessitant (fin de vie), un espace est proposé aux familles pour se retrouver, des solutions d'hébergement et repas leurs sont proposées et les coordonnées des professionnels

sont disponibles en cas de besoin, y compris en HAD. A toute admission, le patient reçoit un accompagnement social si sa situation le nécessite, avec un service social impliqué, en lien avec les acteurs du territoire. L'établissement détient des lits spécifiques (projet d'unité de vie expérimentale : Unité de Soins Prolongés Complexes) lui permettant d'accueillir des patients en précarité sociale. Dans les situations de handicap, les besoins et préférences du patient sont prises en compte par les professionnels et tracés dans le DPI. Dès son entrée, le patient est interrogé sur ses conditions de vie à domicile. Les aidants peuvent être sollicités. Si nécessaire, les ergothérapeutes visitent le domicile avant la sortie pour identifier les aménagements éventuels. Le processus d'accompagnement de Démarche Précoce d'Insertion socioprifessionnelle (DPI) est proposé aux patients dont l'état de santé est susceptible de remettre en cause leur employabilité.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



80%

du score maximal

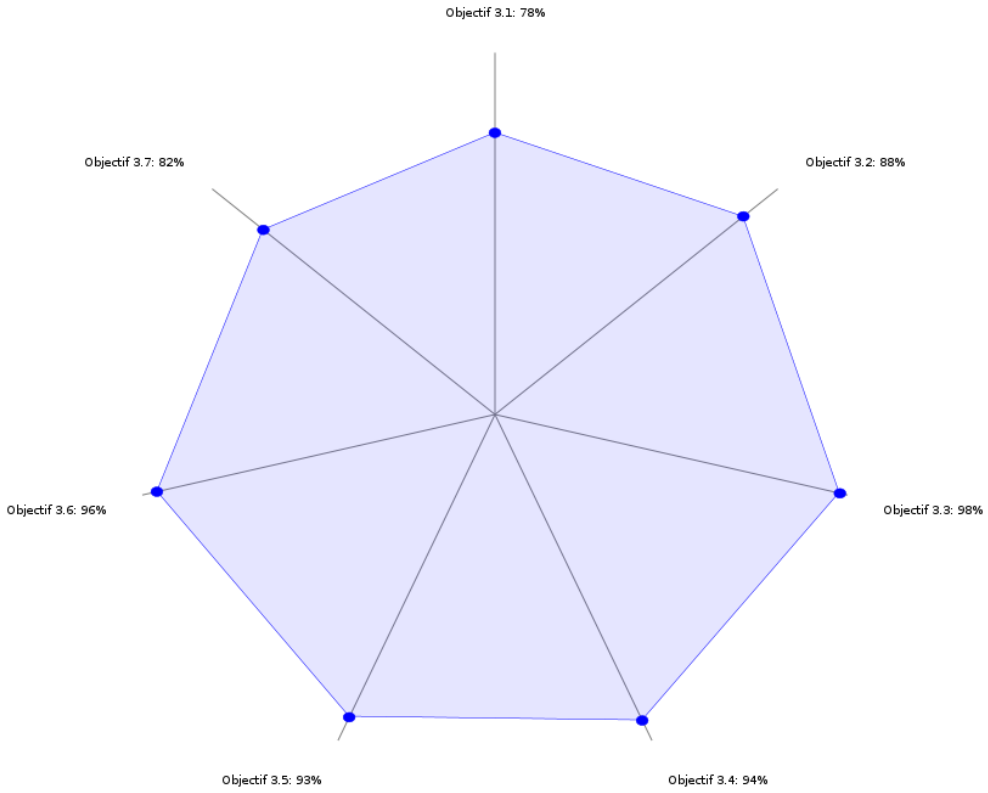
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	88%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	43%

Les demandes d'admission faites à partir du logiciel régional « Trajectoire » ou sur prescription médicale sont analysées par le médecin et le cadre du service. Au besoin, une consultation de préadmission est organisée pour valider les besoins et identifier les critères d'inclusion. Lors des staffs hebdomadaires ou bimensuels, une concertation pluriprofessionnelle est engagée pour les situations complexes le nécessitant. Une synthèse famille est initiée systématiquement en complément dans les services de Neurologie et si nécessaire dans les autres services. La pertinence du séjour est analysée en réunions bimensuels et de manière pluriprofessionnelle (médical, soignant, rééducateur, social, nutritionnel). Un transfert en hospitalisation partielle alternative (HDJ ou HAD) peut être initié à la demande du patient ou de son entourage ou de l'équipe, après une analyse préalable d'éligibilité. La prescription d'antibiotique est justifiée (signes cliniques et biologiques)

tracée dans le DPI. Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs et un référent antibiotique intervient une fois par semaine pour l'analyse de l'antibiothérapie sur site et est joignable par téléphone et messagerie si besoin. Tous les médecins ont accès aux conduites à tenir formalisées sur le recours aux antibiotiques. Cependant, la prescription n'est pas réévaluée à la 24ème et 72ème heure mais tous les 7 jours et les médecins prescripteurs n'ont pas eu de formation à l'utilisation des antibiotiques. L'ensemble des données patient (administratives et cliniques) est consigné dans un DPI commun, en cours de déploiement, accessible à tous en temps utile. Il comprend entre autres la consultation médicale initiale et les évaluations des différents rééducateurs et fonctions support. Ceci permet d'alimenter son PSPV initial comprenant les besoins du patient, les objectifs de son programme de soins hebdomadaire (rééducation, balnéothérapie, consultation externe), les conditions de retour à domicile ou son devenir, en prenant en compte son avis, avec sa réévaluation à l'issue des réunions pluriprofessionnelles bimensuelles et les transmissions ciblées quotidiennes. Les équipes se coordonnent à travers les staffs pour une concertation pluriprofessionnelle, afin de discuter de la stratégie diagnostique et thérapeutique, avec un PSPV ajusté aux capacités du patient. En HAD, les professionnels sont disponibles 24H/24H et 7J/7J, en assurant une coordination dans la prise en charge du patient. Cependant, la réévaluation du PSPV n'est pas systématiquement tracée pour les patients en séjour de plus de trente jours, dans certains services. Aussi, suite à la mise en place du DPI et aux améliorations nécessaires, après la visite, la traçabilité de la réévaluation pour les patients en séjour de plus de trente jours est assurée. L'établissement a mis en place des correspondants experts en interne (hygiène, douleur, plaie et cicatrisation, comité éthique, toucher-massage, hypnose, soins de confort par la psychomotricienne, casque MusiCARE) et des partenariats inter-établissements permettent l'accès à des expertises externes (antibiothérapie, soins palliatifs, psychiatrie). Lors de la sortie des SSR vers un EHPAD, une lettre de transfert est transmise, comportant la synthèse médicale et les prescriptions actualisées. La sortie du patient à domicile est anticipée et les documents nécessaires à la continuité de soins sont remis au patient à sa sortie. Cependant, le délai de réception des documents au médecin traitant sont plus longs. A ce titre, l'établissement a mis en place, dès la fin de la visite, des actions d'amélioration pour tracer l'envoi au médecin traitant et faire coïncider l'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant avec la date de sortie du patient. L'identitovigilance est respectée par les professionnels, à travers des procédures connues (port d'un bracelet bleu pour les patients en cours de validation de leur identité sinon blanc, port d'un badge en hôpital de jour), une cellule d'identitovigilance active, et leurs comportements vigilants (surveillance hebdomadaire de l'état de lisibilité du bracelet). Les correspondants vigilants sont identifiés et connus des professionnels et la coordination des structures régionales et nationales est effective. La prescription est informatisée. La dispensation des médicaments est sécurisée (mise en place de la dispensation journalière individuelle et nominative). En hospitalisation complète, la dispensation est nominative et journalière, en HAD elle est nominative et globalisée sur deux semaines (préparation du pilulier en cas de besoin, avec vérification par l'infirmier de la concordance des médicaments quantitativement et qualitativement). L'analyse pharmaceutique est systématique en hospitalisation complète et en HAD, mais n'intègre pas les informations du DMP du patient (projet en cours). L'administration des médicaments répond aux bonnes pratiques respectées par les professionnels (port d'un gilet durant l'administration pour ne pas déranger le professionnel). Cependant, en HAD, l'autonomie à la prise des médicaments (dispensant de la concordance entre la prescription et l'administration en temps réel) est faite par l'infirmier, sans validation médicale conformément au programme d'auto-administrassions. En HAD, la sécurisation des produits de santé est assurée (médicaments stockés à domicile dans une caisse sécurisé par un cadenas dans un endroit dédié). Le circuit du médicament à risque est sécurisé jusqu'à son administration et connu des professionnels (listes affichées, Never évents, identification par un logo et dans le DPI). L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé respectent les bonnes pratiques (approvisionnement géré par la PUI, locaux dans les services fermés, dotation urgente sécurisée…). Cependant, les professionnels ne fournissent pas au patient vulnérable un comparatif de son traitement personnel et de son traitement à la sortie ; ce bilan thérapeutique est en cours d'intégration dans le DPI. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de lavage des mains (évolution de l'ICSHA connue

des équipes, plusieurs évaluations des pratiques, atelier Pulp Fiction une fois par an, sensibilisation des patients à partir d'un marque-page offert à chaque admission, mise à disposition des SHA…). L'équipe opérationnelle d'hygiène et les correspondants assurent régulièrement des audits sur les précautions standards et complémentaires dans tous les services de soins et sur les plateaux techniques, y compris la balnéothérapie assurant alors un dispositif structuré et opérationnel (formation, audits, contrôles bactériologiques, éducation des patients, procédures…). Les dispositifs médicaux invasifs sont recensés et connus des professionnels et sont à usage unique. Chaque pose est tracée dans le DPI. Des contrôles microbiologiques sont effectués par l'équipe opérationnelle d'hygiène et connus des professionnels. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène ne sont pas recherchés systématiquement dans tous les services. La promotion des vaccinations est assurée par l'établissement (flyers mis à disposition, intervention de l'EOH, dispositif de vaccination dans les services avec mobilisation du service santé au travail…). Le transport intra hospitalier est structuré (planning hebdomadaire des services de soins géré par les brancardiers), avec des professionnels compétents (aides-soignants, formation de brancardier diplômante sur la confidentialité, le confort, l'hygiène et geste d'urgence). Un tableau des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) a été établi, mais la connaissance de leurs thématiques par les professionnels est inégale et leurs résultats non connus. Certains secteurs n'ont pas réalisé d'EPP. L'analyse des résultats cliniques est en cours de recensement dans un service (effets cliniques d'une médication). La satisfaction des patients est évaluée de façon systématique par un questionnaire de satisfaction adapté à chacune des prises en charge en HC, HDJ, HAD et au pôle centralisé de consultations externes. Deux méthodes EMPPATI ont été menées en 2021 et 2023 sur 3 patients/année. Cependant, les actions d'amélioration ne sont pas connues des professionnels ; leur participation collective à l'analyse qualité et gestion des risques n'est pas effective. De plus, le responsable de service peut être sollicité par le responsable qualité en cas de réclamation pour recueillir des éléments complémentaires lui permettant de transmettre une réponse par courrier au patient. Les IQSS sont affichés dans les services, mais ne sont pas connus des professionnels dans certains services. Les professionnels n'ont pas analysé leurs résultats collectivement et n'ont pas été associés pour identifier les actions d'amélioration. Les EIAS sont déclarés et analysés en réunion « Staff Gestion des Risques » hebdomadaire avec les responsables de services ; les professionnels déclarants n'y participent pas directement, mais peuvent être sollicités. Les actions d'amélioration sont communiquées aux équipes par le responsable de service. A ce titre, un process d'analyse des EI par les équipes a été mis en place après la visite : la méthodologie a été définie, présentéee aux équipes et portée par l'encadrement médical et paramédical des services. Le laboratoire d'analyse médicales, prestataire externe, assure le suivi de la qualité de sa prestation, dans le cadre de son accréditation.

Chapitre 3 : L'établissement



90%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	78%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	88%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	82%

L'établissement a développé des partenariats opérationnels sur son territoire, tant avec les établissements adresseurs que les structures d'aval, afin de fluidifier le parcours du patient. Il est impliqué dans les communautés professionnelles territoriales de santé et est joignable auprès des partenaires et usagers. L'établissement a une messagerie sécurisée (MS santé) connectée au DPI, mais est très peu utilisée. Par

ailleurs, le logiciel DPI est interfacé avec le DMP, ce qui permet d'alimenter le DMP, mais suite à des problèmes techniques liés à l'éditeur, l'alimentation du DMP a été suspendue sur consignes de la direction nationale de l'UGECAM et l'établissement est en attente d'une prochaine version sécurisée, pour remettre le DMP en production. La recherche clinique n'est pas promue au sein de l'établissement, hormis sa participation à des essais cliniques. L'établissement développe des questionnaires de satisfaction, dont l'analyse est réalisée avec la participation des représentants des usagers (participation à la méthode AMPPATI et à son analyse), mais peu avec les professionnels. Cependant, le taux de réponse de l'enquête E-Satis ne permet pas son exploitation. L'expertise patient a été mobilisé dans un service et un autre en cours (pratique de la Pair Aidance). Certains patients interviennent en éducation thérapeutique, avec l'accompagnement de professionnels formés. L'établissement propose des formations centrées sur la communication et des médiateurs peuvent intervenir quand des situations le nécessitent. Les professionnels sont bien identifiés dans leur fonction. Cependant, les plaintes et réclamations sont traitées par la direction et le responsable qualité par un courrier de réponse au plaignant ; leurs synthèses ne sont pas présentées en CME. La promotion des bonnes pratiques de communication n'est pas évaluée (E-Satis). La culture de bientraitance est promue dans l'établissement, à travers les comportements professionnels, axe fort des valeurs de l'établissement (cartographie des risques à priori, formation, référents). Une sensibilisation aux situations à risques est conduite (formations, outils). Les situations de maltraitance des patients sont signalées et prises en charge, en lien avec le service social et le psychologue. Cependant, les cas de maltraitance recensés dans le PMSI n'ont pas fait l'objet d'une analyse. La structure de l'établissement facilite l'accès à toute forme de handicap. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables par un service social actif. Toute demande d'accès au dossier patient est tracée et évaluée dans ses délais. L'établissement favorise des partenariats dans le cadre de la recherche clinique (maladie de Parkinson). Les représentants des usagers sont invités aux instances de l'établissement et aux projets institutionnels (AMPPATI, questionnaire bientraitance, éthique…). Cependant, Il n'existe pas de projet des usagers. Les attendus et objectifs ont été présentés en CDU et les représentants des usagers ont motivé leur choix, compte tenu de leur disponibilité, de reporter le projet au second trimestre 2023. La politique qualité et gestion des risques est déclinée en plan d'actions et est présentée aux instances, avec une campagne de communication dans les services. Cependant, les professionnels ne connaissent pas tous les actions et n'ont pas tous participer à leur définition. Le développement de la culture sécurité s'est traduite par une enquête qualité sécurité citée par les professionnels, suivie de formations (chambre des erreurs, nerver-event). L'adéquation entre les besoins et les ressources humaines est organisée (fidélisation des vacataires, intérimaires et stagiaires) et la mobilité est facilitée. L'établissement propose aux responsables de services des séances de coaching. De nombreuses réunions avec les responsables permettent des échanges réguliers structurant les organisations de travail (« café goûter »). Cependant, les professionnels rencontrés n'ont pas suivi d'accompagnement pour favoriser le travail en équipe, hormis l'encadrement. Les compétences sont régulièrement évaluées (entretien annuel, entretien professionnel), permettant de réfléchir sur les évolutions de carrières. Une commission éthique vient de se créer, avec un bureau et une procédure de saisine et une communication auprès des professionnels a été menée. Un état des lieux sur le questionnement éthique partagé avec les professionnels et les représentants des usagers a débuté (repérage des situations de maltraitance). La démarche QVT (ARACT) a été initiée en 2020, avec entre autres un accompagnement externe, la mise en place d'une commission QVT et des espaces de discussions. Le baromètre social est suivi annuellement et un plan d'action régional a été mis en place. Cependant, il n'existe pas de démarche QVT intégré au projet social, construite à partir d'un questionnaire de satisfaction auprès des professionnels. Les responsables de service sont formés à la médiation, premier recours en cas de conflits interpersonnels. La gestion des tensions hospitalières est effective et un exercice de crise a été réalisé avec les professionnels alors sensibilisés. Des exercices relatifs à la sécurité numérique, s'appuyant sur des fiches réflexes, sont effectifs. Un référent sécurité informatique régional est connu des professionnels et l'accès aux ordinateurs est sécurisé (carte personnelle avec un code). Les accès aux bâtiments sont sécurisés (fermetures, agent de sécurité 24H/24H) et il existe un dispositif anti-

fugue (bracelet GPS, bornes et caméras) pour les patients le nécessitant. Les consommations générales sont suivies par l'établissement. Les filières déchets sont opérationnelles. Un responsable sécurité environnementale régional est nommé. Un diagnostic initial a été réalisé. Bien que la stratégie de la responsabilité sociétale des organisations du groupe ait été définie au plan régional, celle-ci n'est pas encore déclinée sur l'établissement de Coubert. La procédure d'urgence vitale, avec un numéro unique, est structurée et connus des professionnels formés (le plan de formation 2023 intègre des formations aux gestes d'urgence) régulièrement et les chariots d'urgences scellés sont harmonisés. Cependant, les professionnels n'ont pas tous réalisé d'exercice de mise en situation. L'établissement favorise les recommandations de bonnes pratiques, à travers leurs diffusions aux instances (CME). Les professionnels participent à de nombreuses formations, dont ils font le retour à leurs collègues. Il existe une revue de pertinence des hospitalisations pour apprécier la bonne adéquation avec le choix initial du secteur. Cependant, il n'existe pas de d'évaluation sur la pertinence des admissions dans les services de soins à partir des indicateurs d'alerte. Les représentants des usagers ont été associés à la rédaction du nouveau livret d'accueil, ainsi qu'à une enquête de satisfaction et leur participation est sollicitée par l'établissement. Cependant, les actions d'amélioration issues de l'expérience patient ne sont pas toujours connues des professionnels, ni les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les IQSS ont été présentés en COPIL qualité et gestion des risques, en CME et CDU. La politique, le PAQSS ont été rédigés par la gouvernance, un plan de communication a été développé. Cependant, les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins ne sont pas toujours connues des professionnels des secteurs concernés. Les professionnels et les représentants des usagers connaissent les évènements indésirables associés aux soins. L'analyse est réalisée collectivement, avec le service qualité et gestion des risques et les responsables de services. Cependant, les rapports d'analyse, bien que diffusés sur Blue Kango, ne sont pas connus des professionnels.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	930027347	UGECAM IDF	4 place du general de gaulle 93100 MONTREUIL FRANCE
Établissement géographique	770022655	USLD CENTRE READAPTATION COUBERT	Route de liverdy Cd 96 77170 COUBERT FRANCE
Établissement principal	770700011	CENTRE DE READAPTATION DE COUBERT	Route de liverdy Cd 96 77170 COUBERT CEDEX FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Oui
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	214
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	44
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	60

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Audit système	QVT & Travail en équipe		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		

10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer	

13			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Leadership		
15	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte	

			Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
20	Audit système	Représentants des usagers		
21	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Selon liste transmise par l'ES à J2
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer	

25			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
26	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Selon liste transmise par l'ES à J1
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable de la prescription à l'administration
29	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os de la prescription à l'administration
31	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Intrahospitalier assis ou couché (ex : entre SSR - plateau technique - SSR ou SSR - Balnéothérapie - SSR)
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires

34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
35	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de longue durée Adulte Hospitalisation complète Programmé	
36	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
37	Audit système	Maitrise des risques		
38	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Mai 2023