



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CRF DE RICHEBOURG

**22 Route de Gressey
Château de Richebourg
78550 Richebourg
JANVIER 2019**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	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
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

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

CRF DE RICHEBOURG	
Adresse	22 route de gressey 78550 Richebourg
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	780021887	GCS YVELINES-SUD	222 rue mansart 78370 PLAISIR
Entité juridique	780003638	FONDATION MALLET-DE-NEUFLIZE	22 route de gressey 78550 Richebourg
Etablissement de santé	780825816	CRF DE RICHEBOURG	22 route de gressey Chateau de richebourg 78550 Richebourg

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	50	20

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
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 ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Hospitalisation complète - Neurologie	/	Programmé	Complexe	SSR
2	Adulte	Hôpital de jour	/	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

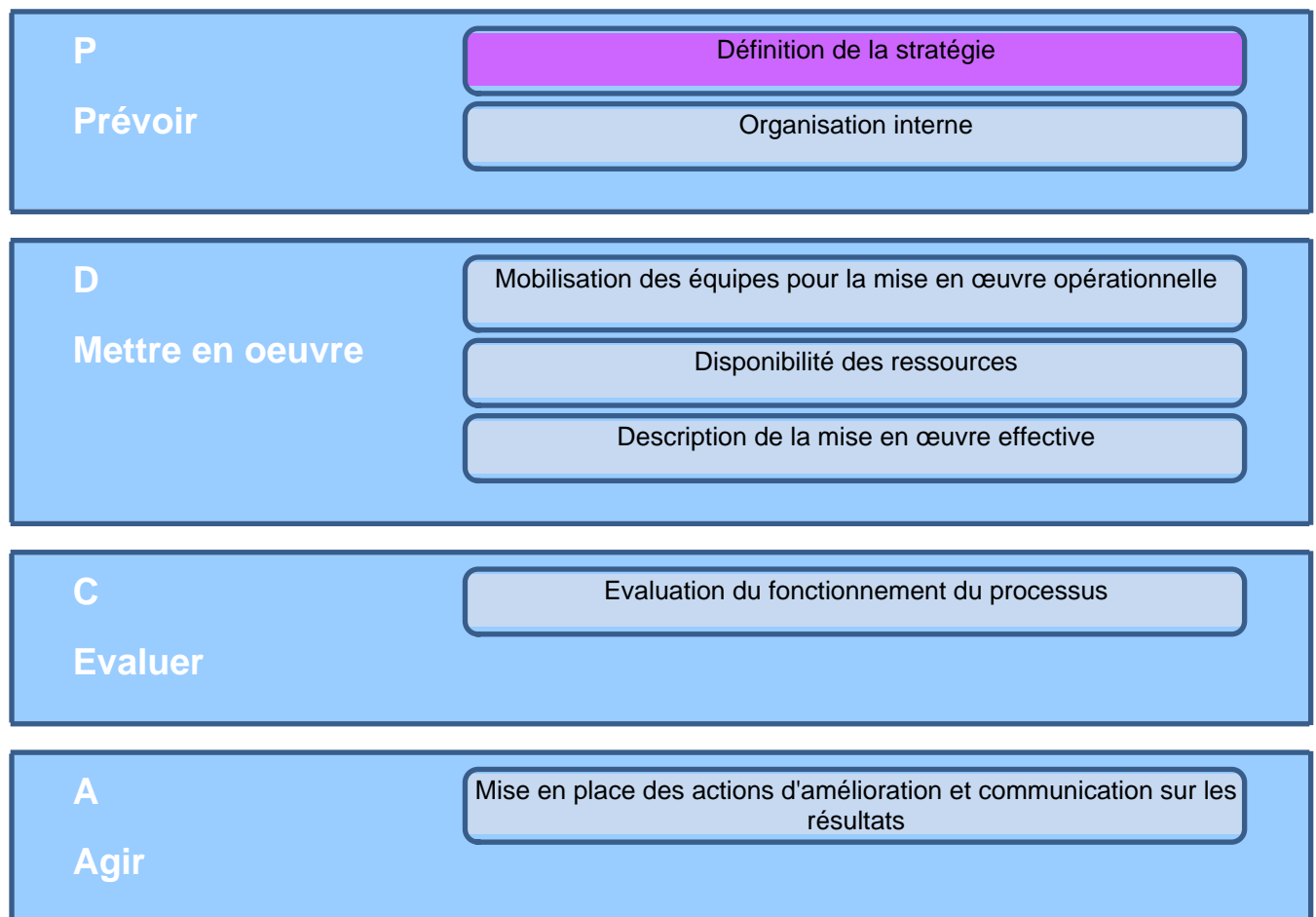
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Richebourg (CRF) composé du pôle de Médecine Physique et de réadaptation appartient à la Fondation Mallet. Les prises en charge de soins de suite et de réadaptation du CRF sont orientées vers les affections neurologiques avec une fréquence moindre de l'appareil locomoteur et du SSR polyvalent gériatrique. Le CRF est composé de 50 lits en Hospitalisation complète et 25 places d'Hôpital de jour (HDJ). La Fondation est constituée également de 2 autres structures un FAM et un IEM et reste principalement tournée vers le handicap. La gouvernance du CRF a connu de profonds et récents changements depuis la dernière certification (renouvellement de l'équipe dirigeante 2017/2018). Le changement management Qualité - Gestion des Risques repensé en 2016 non plus par établissement de la Fondation mais par approche sanitaire/médico-sociale/ sociale a été confortée par la nouvelle Direction Générale. Cette approche transversale induit une Direction Qualité unique pour l'ensemble de la Fondation. La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques 2018-2022. Elle intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise et se décline en 9 axes prioritaires. On souligne plus particulièrement, les axes suivants : Satisfaire aux exigences de certification de la HAS et assoir l'approche processus ; Renforcer la coordination de la QGDR ; Implanter durablement la pratique des EPP et des audits ; Pérenniser l'utilisation et le suivi d'indicateurs de QSS ; Favoriser la participation et l'implication des usagers dans le fonctionnement. Les objectifs de la politique qualité et gestion des risques sont concertés entre la direction et la CME sur des temps d'échange réguliers et planifiés qui permettent de valider les programmes d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des instances déclinées de la CME. Le Représentant des Usagers est associé à l'élaboration de la politique Qualité-Gestion des Risques et à sa mise en œuvre dans le cadre de la CDU. La stratégie concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. Une démarche d'évaluation des risques a priori, appropriée et opérationnelle, permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. Elle s'appuie sur une approche processus autour de 12 thématiques dont 8 majeures : Parcours patient, Dossier patient, Fin de vie, Prise en charge médicamenteuse, Risque infectieux vs balnéothérapie, Prise en charge de la Douleur, Identité du patient, Droits des patients. Management QGDR, Système d'information, QVT et restauration complètent ces 8 processus. L'établissement a mobilisé les professionnels dans l'élaboration du Compte. Pour le management qualité Gestion des risques, les axes d'amélioration sont identifiés à partir des différentes données mobilisées (plaintes et réclamations, le bilan des événements indésirables, le bilan des CREX, la mesure de la satisfaction des patients...). Ceux jugés prioritaires sont intégrés dans le Compte Qualité. Parallèlement, l'engagement dans la culture de signalement et de gestion du risque se matérialise par une organisation en faveur de la déclaration d'événements indésirables par les professionnels, les patients/familles, les prestataires. La culture du signalement est encouragée par une charte de confiance diffusée auprès des professionnels. Les fiches d'EI sont déposées dans des boîtes aux lettres identifiées et relevées quotidiennement par le qualicien qui les traite immédiatement en coordination avec les professionnels concernés. L'établissement formalise annuellement son programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Il est structuré par processus et couvre l'ensemble des domaines attendus. Le PAQSS comporte les actions en lien avec les objectifs définis, les pilotes, les échéances et l'état d'avancement. La stratégie et le PAQSS sont validés par les instances concernées (CME, CA, CDU).

ORGANISATION INTERNE

Le site s'est organisé pour piloter le processus « Management QGDR ». Le niveau stratégique du pilotage est assuré par le Directeur Général de la Fondation, le Médecin Directeur du CRF de Richebourg et la Directrice du Pôle Qualité de la Fondation. La Gestionnaire des Risques Associés aux Soins (GDRAS) est la pharmacienne. Le niveau opérationnel, est piloté par le Qualicien qui s'appuie sur la cadre de santé et les deux « chefs de groupe » ergothérapeutes et kinésithérapeutes. Le qualicien formé à la Qualité Gestion des risques et la pharmacienne sont tous les deux formés à l'analyse des causes profondes. Sur un mode participatif, l'établissement a désigné pour chacun des 12 processus, un pilote nommé disposant d'une fiche de missions. Ces pilotes ont été formés à la démarche dans le cadre de différentes journées méthodologiques et de temps dédiés via le qualicien et un consultant externe. Le système de Management de la Qualité s'articule autour du groupe certification et de l'observatoire des risques qui se réunissent périodiquement avec une régularité établie. Le groupe ressources « certification » auquel participent les pilotes, constitue le comité de pilotage et coordonne la démarche. Il se compose d'une représentation pluri professionnelle : Médecin directeur du CRF, Pharmacien (CGRAS et RSMQ), cadre infirmier, chefs des groupes kinésithérapeutes et ergothérapeutes, diététicien et qualicien. L'observatoire des risques assure mensuellement le suivi des déclarations d'événements indésirables et des CREX se tiennent à minima deux fois par an pour l'analyse des causes profondes des événements

indésirables graves ou récurrents. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont ainsi coordonnées. S'agissant des compétences requises en termes de QGDR, Le CRF s'appuie depuis cette année sur une commission de formation favorisant la structuration d'un plan de formation. L'organisation permet le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés). L'intégration des nouveaux arrivants repose sur la remise d'un livret d'accueil, des référents identifiés. Un temps à destination de toutes les équipes est organisé tous les mois notamment sur les sujets sécurité, hygiène et médicament. Pour ce qui est des ressources documentaires, l'établissement a défini et formalisé en tant que de besoin une organisation en matière de veille réglementaire et la mise à disposition des documents attendus (procédure des procédures, procédure de signalement et d'analyse des événements indésirables, procédure de gestion et de traitement des plaintes et réclamations, procédures de traitement des alertes sanitaires ascendantes, information en cas de dommage associés aux soins ...). Concernant les ressources matérielles nécessaires au Système Management de la Qualité (SMQ), la gestion documentaire consiste actuellement en une mise à disposition sur un disque partagé de l'ensemble des procédures et protocoles classé par domaine. Le site a identifié la nécessité de basculer vers une Gestion Electronique Documentaire (GED) à l'appui d'un prestataire identifié avec lequel le cahier des charges est en cours de définition. La coordination des vigilances et de la veille sanitaire est assurée par la pharmacienne correspondante identifiée en cohérence avec les risques inhérents à la structure. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CRF de Richebourg opère une déclinaison opérationnelle unique de ses objectifs et plans d'action en regard de ses risques et besoins. L'implication des professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins se traduit par l'investissement de chaque professionnel dans une mission de référents (douleur, hygiène, stagiaire...) qui change régulièrement. L'encadrement, les « chefs de groupe » rééducateurs et le qualicien sensibilisent les professionnels dans le domaine de la qualité et gestion des risques. Ils informent les professionnels des résultats et les associent à la définition d'actions en cas de besoin. Des référents et des personnes ressources sont identifiés et constituent autant de relais nécessaires à veiller à la conformité et au respect des bonnes pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au quotidien conformément à l'organisation établie, les actions de formation sont conduites en application du plan de formation et les démarches des nouveaux professionnels sont appliquées.

On notera la mise en œuvre effective d'actions de sensibilisation et d'accompagnement prévues portant sur les méthodes et outils du système qualité (Gestion documentaire, Patient traceur, CREX et EPP, semaine nationale de sécurité du patient) mais également par le biais d'audits flash sur le niveau de connaissance et de pratiques dont la restitution est faite en service par le qualicien.

L'organisation est adaptée en cas d'absence imprévue et la suppléance des effectifs en cas d'absence prévue est également organisée.

Les locaux et les ressources matérielles adaptées pour garantir la qualité comme la sécurité des soins sont disponibles et la maintenance en est assurée. Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel.

La documentation actualisée portant sur l'organisation et la qualité et la gestion des risques est accessible aux professionnels via un disque partagé et leur appropriation par ces derniers est constatée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et appliquent l'organisation définie pour la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est opérationnel et fonctionne sur la base de fiche d'EI papier. L'encadrement en est destinataire. Une analyse des causes notamment profondes est réalisée en tant que de besoin par le biais de CREX selon une méthodologie adaptée associant les acteurs concernés Le signalement et l'analyse des événements indésirables est ancré dans les pratiques. La récurrence de certains EI est étudiée en Observatoire des risques pour définir les actions correctives ou préventives nécessaires, elles sont portées par l'encadrement et les chefs de groupe, le cas échéant, le pilote du processus concerné est informé systématiquement via le groupe ressources « certification ». La gestion documentaire est assurée dans le respect des règles établies et mise à jour avec régularité; Les dispositifs de veille sanitaire et de vigilance, de gestion de crise, sont effectifs. Les plaintes et réclamations font l'objet d'une analyse associant les professionnels impliqués. L'établissement assure leur suivi et leur traitement avec le représentant des usagers qui contribue, le cas échéant, dans le cadre de la CDU, à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Le dispositif fonctionne de manière opérationnelle, il est connu des professionnels et relayé par l'encadrement. Le fonctionnement régulier du groupe ressource « certification » a été constaté. Les émargements attestent de l'effectivité de la participation des personnes concernées à la CME et aux instances déclinées. La gestion de crise est

opérationnelle via l'actualisation du plan Blanc. Les circuits sont respectés notamment en ce qui concerne les signalements des évènements indésirables ainsi que les plaintes et réclamations. L'interface entre les structures chargées de la qualité et de la sécurité des soins et les professionnels des services est opérationnelle. La traçabilité des actions relevant du SMQ est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le système de management de qualité/gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. Il participe notamment au recueil des indicateurs IQSS et conduit des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Depuis 2016, le CRF de Richebourg s'assure de la sécurisation de la prise en charge autour de 6 profils de patients qui constituent la matrice des patients traceurs réalisés à échéance régulière. L'évaluation de la satisfaction des usagers est assurée en lien avec la CDU. Un tableau de bord permet le suivi des plaintes et réclamations. Le qualicien dresse le bilan du PAQSS de façon semestrielle et établit un suivi des indicateurs généralisés et une évaluation de la satisfaction des usagers en hospitalisation complète comme en Hôpital de jour ainsi que différents audits de connaissance et de pratiques. Il dispose d'un tableau de bord d'indicateurs propres à évaluer le processus. Il en va de même pour les 12 processus identifiés par le site.

A / AGIR

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

Le dispositif mis en œuvre bien que récemment mis en place, permet une évaluation de l'efficacité des actions et conduit à son réajustement par la fixation de nouveaux objectifs d'amélioration. Les modalités de communication des résultats d'enquête de satisfaction, de bilan des EI et d'audits flash sont établies au sein des unités de soins et à l'échelle de l'établissement. On soulignera en particulier une enquête auprès des professionnels sur la qualité et la sécurité des soins. Le qualicien organise avec et en présence du cadre de santé via une réunion de restitution organisée en service 1 fois par mois. Les résultats d'IQSS sont affichés dans le service. Les staffs et transmissions constituent également des temps d'échanges et de partage d'information.

Enfin, la structure a identifié la nécessité de développer des supports de communication pour valoriser ses démarches (EPP, notamment) à l'appui du chargé de communication du site.

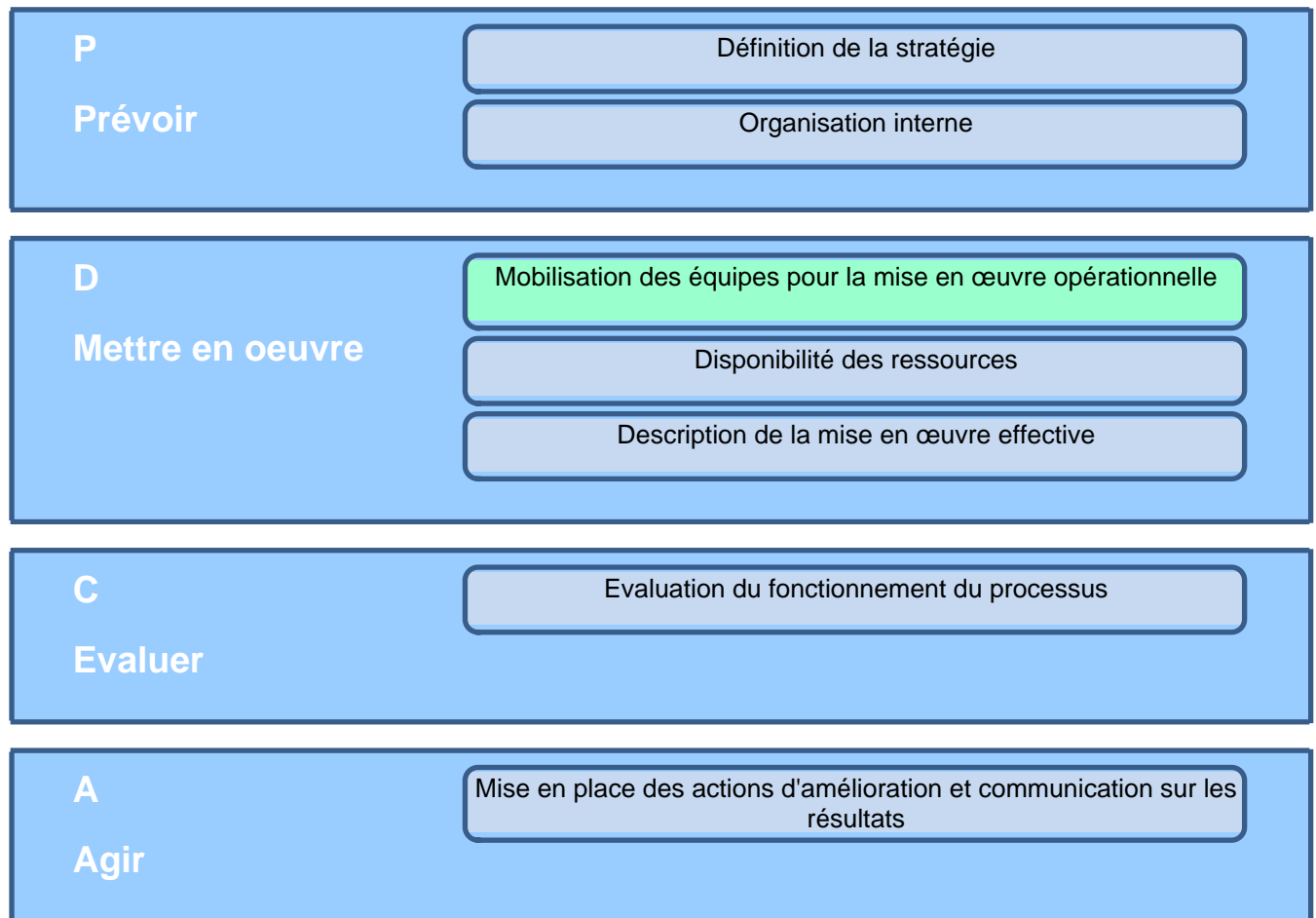
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CRF de Richebourg a inscrit le respect des droits des patients dans les orientations stratégiques en association avec la CDU et les décline en 6 axes qui portent sur : Promouvoir la bientraitance et prévenir les situations de maltraitance ; Respecter les droits et libertés de chaque patient ; Témoigner de l'attention et du respect au patient tout au long de son séjour ; être attentif aux besoins spécifiques du patient âgé ; Favoriser la représentation et l'implication des usagers au sein du PMPR et de la Fondation ; Développer une culture de « patient co-acteur » : partenaire des soins et de la prise en charge. Le représentant des usagers titulaire participe à la CDU. Sa rencontre lors de la visite n'a pas été possible en raison d'un événement familial dont la HAS a été informée préalablement. L'unique représentant est informé des projets en faveur du respect des droits du patient dans le cadre de la CDU. La désignation d'un second représentant des usagers est en cours avec l'ARS et l'établissement. La structure dispose d'une déclinaison par processus de cette thématique qui lui a permis d'identifier 4 risques prioritaires dans le Compte qualité sur la base de données telles que les fiches d'Événements indésirables, l'audit interne du dossier patient, les enquêtes de satisfaction des patients, les plaintes et réclamations ... Le PAQSS est articulé avec le Compte Qualité et décline les objectifs en matière de respect des droits du patient avec une attention particulière à la bientraitance et à la vie affective et sexuelle des patients. Il comporte les objectifs, les actions, les pilotes désignés, les échéances et les modalités de suivi. La stratégie de l'établissement a été validée par la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le CRF de Richebourg que constitue le Pôle Médecine Physique et Réadaptation a déterminé une organisation pour piloter le processus des droits du patient autour du Qualiticien et du médecin médiateur. Ils agissent dans le champ de leurs attributions en synergie avec les professionnels concernés. Le représentant des usagers est associé dans le cadre de la CDU. Les rôles et responsabilités des professionnels en matière de respect des droits du patient sont déclinés lisiblement dans la charte de bientraitance et les valeurs de la Fondation. Aux côtés de ces pilotes, d'autres acteurs sont impliqués comme notamment l'assistante sociale, l'animatrice et la neuropsychologue. L'organisation s'appuie en plus des pilotes du Comité d'éthique local de la Fondation. La Direction Générale a engagé le remplacement de l'éthicien. Des groupes d'analyse de pratiques animés par un psychologue favorisent les échanges sur des problématiques professionnelles en lien notamment avec le respect des droits du patient (intimité-dignité, vie affective et sexuelle, bientraitance). Une attention particulière sur les sujets de soins palliatifs et de fin de vie avec l'intégration de la structure au GCS du CH d'Houdan permet l'intervention de son équipe mobile de soins palliatifs, le cas échéant. Le site prévoit les effectifs et adapte l'organisation en cas de besoin pour permettre les soins dans le respect des besoins, des rythmes et de la dignité des patients. Une démarche d'accompagnement en faveur d'une vie affective et sexuelle à la demande du patient est rendue possible par la formation d'un groupe ressource au sein du personnel par une sexo-pédagogue spécialisée. Des formations et actions de sensibilisation sur les droits des patients telles que celle dénommée « intime-attitude » et celle sur la restriction des mesures de libertés et contention sont organisées par l'établissement. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont organisées. La réponse aux besoins en ressources matérielles du CRF de Richebourg se traduit par l'investissement de la Fondation dans la réalisation de locaux récents et l'acquisition de nombreux équipements propres à assurer le respect des droits. On soulignera en particulier les box individuels de kinésithérapie, les lits adaptés et lits « Alzheimer », l'accessibilité aux personnes en situation de handicap, l'existence d'une maison des familles. Le site dispose d'une majorité de chambres particulières. Les 8 chambres double sont équipées de paravents garantissant l'intimité notamment lors des soins d'hygiène. Des rideaux apposés sur les fenêtres des pièces permettent une visibilité de l'extérieur tout en préservant l'intimité du patient (chambres, salles de rééducation et de consultation). Le respect de la confidentialité est organisé. Les informations à caractère nominatif sont accessibles aux professionnels dans des locaux sécurisés. Les ordinateurs support du dossier patient informatisé sont accessibles par identifiant et mot de passe. Les ordinateurs positionnés sur les chariots mobiles permettent la fermeture de l'écran pour éviter tout accès aux données des patients par des personnes non autorisées. La maintenance des ressources matérielles est organisée. Les ressources documentaires nécessaires au respect des droits du patient sont organisées notamment concernant le recueil des directives anticipées, la mise en place de mesures de contention ; le signalement de faits de maltraitance ; les mesures de restrictions de libertés, etc. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. L'établissement en organise la mise à disposition par une gestion documentaire sur disque partagé. Les modalités de fonctionnement de la CDU et l'information des patients sur leurs droits est organisée par la remise du livret d'accueil à l'entrée, complétée, en unités de soins, des documents nécessitant un accompagnement spécifique (directives anticipées, personne de confiance). Le livret d'accueil traite notamment des modalités d'information concernant les plaintes et réclamations, l'accès au dossier patient... La gestion des interfaces et des circuits en faveur des droits

des patients est organisée pour faciliter la concertation et la mise en œuvre des organisations (entre unités de soins et services administratifs, entre unités de soins et ministres du culte...). Un médiateur médical et un médiateur non médical sont désignés, la suppléance de ce dernier est définie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte-tenu de la taille de l'établissement, les objectifs et plans d'actions opérationnels en matière de droits des patients sont uniformes. L'encadrement et les acteurs impliqués (neuropsychologue, assistante sociale, chefs de groupe, rééducateurs ...) sensibilisent les professionnels au respect des droits du patient. On retiendra en particulier les rappels observés à la faveur des transmissions et des staffs. L'encadrement et les différents référents identifiés s'assurent par ailleurs, au quotidien de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. On observe en particulier une attention sur les sujets ayant trait à la confidentialité, l'intimité-dignité ainsi qu'à la sécurisation des patients âgés souffrant de troubles de l'orientation et de patients à risque de fugue. Ils informent les professionnels des situations observées, des mesures mises en œuvre et des résultats à l'occasion notamment de patients traceurs et de l'intervention régulière du qualicien sur l'audit flash observationnel consacré au respect des droits. Les professionnels peuvent être associés à la définition d'actions en cas de besoin. La participation de professionnels à l'EPP « recours à l'équipe mobile soins palliatifs et fin de vie » est à souligner.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matérielles (dont locaux et équipements) et documentaires (accessible et actualisée) prévues sont effectives et disponibles au CRF de Richebourg. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée conformément au dispositif prévu et les actions de formations /sensibilisation sont mises en œuvre dans les délais appropriés. Les prises en charge sont réalisées dans le respect de l'intimité et de la dignité des patients et de leurs rythmes, en lien avec la spécificité de patients souffrant de handicap et des patients âgés. Les écrans d'intimité sont bien présents dans les chambres doubles. Pour maintenir l'autonomie et le lien social, de nombreuses activités sont réalisées : les activités ludiques et culturelles (cinéma une fois par semaine, jeux de société, ateliers poterie et coin lecture...) avec l'aide de bénévoles et de deux animatrices au sein de l'espace animation ; l'activité physique adaptée par deux rééducateurs et un « basket fauteuil » se déroule une fois par semaine ; les prestations d'une coiffeuse et d'une socio-esthéticienne (manucure, massages...) sont possibles dans un espace dédié. Les locaux et ressources matérielles sont conformes aux objectifs de l'établissement en matière de confort, intimité, accessibilité, sécurité et retour à l'autonomie des patients ainsi que pour la confidentialité des données. Les ressources documentaires sont disponibles dans les services pour les professionnels. Le livret d'accueil est remis à l'entrée au patient et/ou à ses proches, il est complété de la remise de documents en unités de soins avec un accompagnement dédié (directives anticipées, personne de confiance...). On retrouve sur le panneau d'affichage des unités de soins, les IQSS nationaux. La liberté de culte est organisée par le référencement des différents représentants sur une liste à disposition dans le bureau du cadre de l'unité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie en matière de respect des droits du patient et sont notamment attentifs à la bientraitance en lien avec la spécificité de leur prise en charge. Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans le respect de ses droits. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés inclut la démarche structurée en cas de dommages liés aux soins. La participation du patient, et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Soins (PPS) est effective. On soulignera les actions nombreuses d'éducation à la santé du patient qui associent les proches. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les mesures visant au respect de la confidentialité sont observées (signalement des présences en chambre et soins en cours ; transmission en poste de soins...). Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont connues. Les conditions d'hébergement et les soins y compris en matière d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. On a pu observer l'attention des professionnels à adapter les temps de soins aux besoins des patients : rééducation pratiquée en chambre plutôt qu'en box individualisé en cas de fatigue, temps de toilettes en respect des besoins et de l'intimité du patient en chambre double, temps de sieste pour les patients âgés. Le consentement comme le refus de soin sont recueillis et tracés. Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessite est prévu (possibilité de lits accompagnants). Le projet de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Le recours aux dispositifs de contention décrit dans la procédure est établi en lien avec la spécificité des prises en charge. La contention n'est dispensée que sur prescription médicale et est réévaluée toutes les 24 heures. La CDU est opérationnelle, elle se réunit à fréquence réglementaire et traite des aspects relevant de ses attributions. La traçabilité des actions et activités réalisées dans le champ des droits des patients est assurée dans le cadre du DPI notamment (information du patient sur son état de santé, consentement ou refus de soins, personne de confiance,

directives anticipées).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre des démarches d'évaluations périodiques du respect des droits des patients à travers notamment : les résultats des enquêtes de satisfaction des patients réalisées en Hôpital de jour et en hospitalisation complète ; le questionnaire d'évaluation des connaissances réalisé auprès des professionnels ; les audits flash consacré à l'observation des pratiques et celui sur la personne de confiance et les directives anticipées. Ce dispositif d'évaluation et de suivi est construit notamment à l'aide d'indicateurs issus des enquêtes et audits. Ainsi de nombreux indicateurs sont générés pour le processus.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées au regard des résultats obtenus pour être intégrées et articulées avec le PAQSS. On soulignera en particulier : le besoin de développement d'outils de communication propres à valoriser les résultats en lien avec le respect des droits et dans le cadre du développement de la filière gériatrique, la réflexion sur les droits de la personne âgée. Les professionnels sont informés via la gestion documentaire, des réunions d'information mensuelle et ponctuelles en unités de soins.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

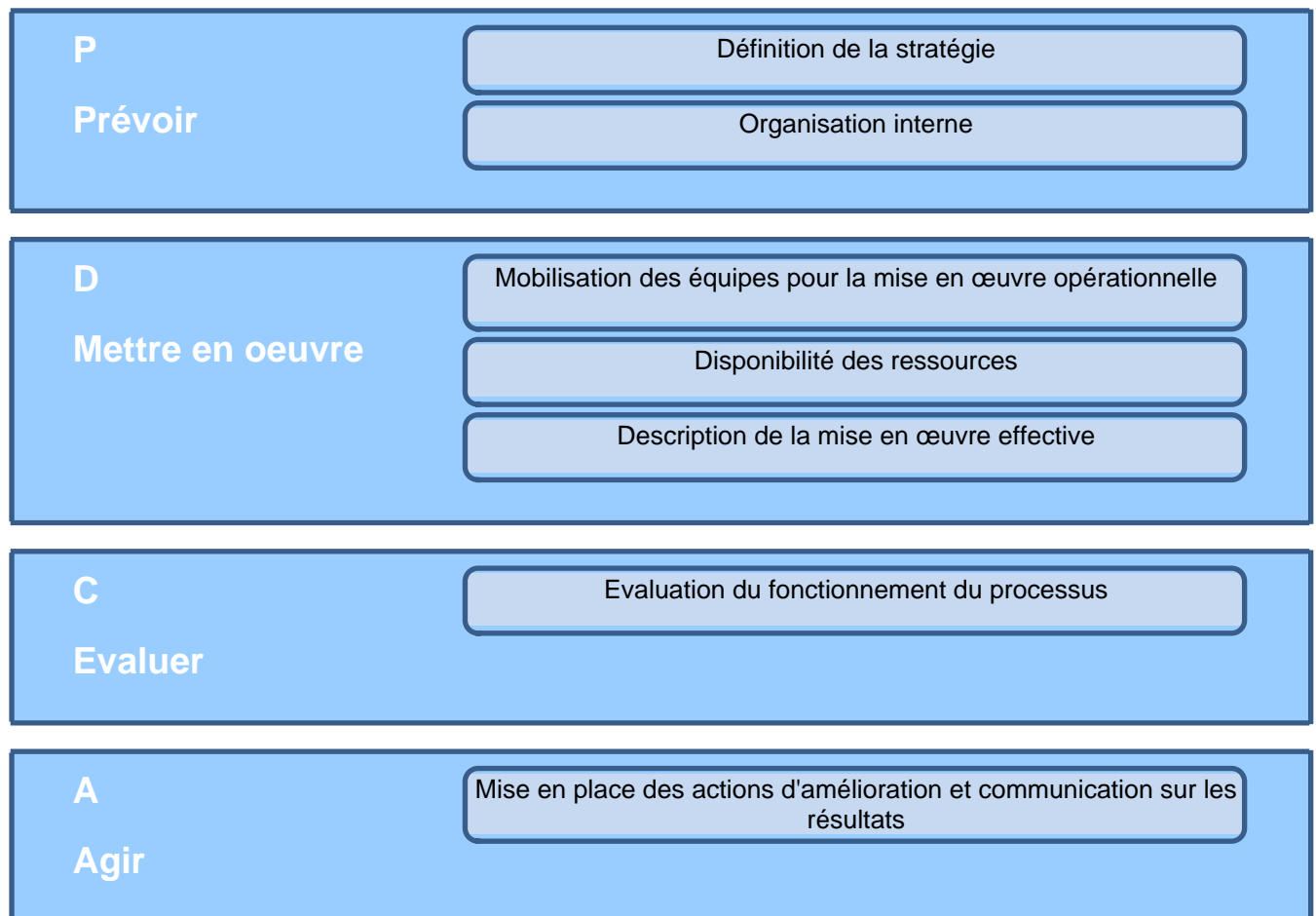
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Richebourg appartient à la Fondation Mallet également constituée de 2 autres structures un FAM et un IEM. L'ensemble de la Fondation est tournée vers le handicap. Entre 2016 et 2017, la Direction générale de la Fondation a positionné son management de la qualité et de la gestion des risques dans un logique de transversalité avec une volonté d'anticiper le futur PRS II et donc dans une logique de filière de prise en charge. La politique médicale affirme ces orientations de parcours et de filières de soins. Le CRF (PMPR) était initialement composé de 35 lits en HC et de 15 places d'HDJ. En 2017, ils ont eu une autorisation d'extension HC de 4 lits et HDJ de 5 places de SSR polyvalent. Dans le cadre d'une convention de coopération avec l'Hôpital de Houdan, celui-ci leur a transféré ses lits de SSR gériatriques pour pouvoir développer son USP. Ce transfert des 11 lits de SSR a été mis en œuvre en septembre 2017, portant la capacité à 50 lits en HC et 25 places de HDJ. Il est inscrit dans un groupement de coopération sanitaire Sud Yvelines (GCS de moyens) avec les établissements suivants : CH de Rambouillet, CH de Versailles (Mignot), Hôpital de la porte Verte, CH Jean Martin CHARCOT, CH de Houdan). De nombreuses conventions sont formalisées dans le cadre du parcours soignant en amont et aval de sa prise en charge. L'établissement participe au réseau trajectoire. En référence aux orientations stratégiques de la Fondation MALLET, l'engagement de l'établissement est décliné à travers le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) et du CAQES signé en 2017, avec l'ARS Ile de France et la CPAM. Un projet de territoire est en cours de rédaction. Les travaux ont débuté en mars 2017.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a formalisé son processus parcours en réunions pluriprofessionnels. La cartographie des risques a été élaborée en fonction de la "carte d'identité du processus", des événements indésirables et des résultats des audits. Les pilotes du processus sont désignés, et les personnes ressources repérées. Un plan d'action est élaboré, et retranscrit dans le compte qualité pour les actions les plus graves. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'établissement a développé une pratique "inter service" des professionnels et un partage des informations organisationnelles et de soins entre les différents services (HC, HDJ) et corps de métier. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste et de fonction. Les gardes et astreintes sont organisées permettant d'assurer la permanence des soins 24h/24. Les tableaux de garde sont connus des professionnels. Pour les personnes se présentant pour une urgence, les soins de première intention et d'urgence peuvent être assurés avant une orientation vers un établissement adapté à la prise en charge. Une procédure organise ce dispositif. Le PMPR a formalisé ses trois parcours de soins : parcours HC (gériatrie/11 lits de HP Houdan); parcours HC (neuro/polyvalent); parcours hôpital de jour, et la planification de la prise en charge en rééducation et coordination avec les services de soins HC et HDJ. Ces différents supports ont été réalisés avec les professionnels concernés, et l'application pratique est retranscrite dans l'organisation du dossier patient informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de l'évaluation des risques et des besoins des patients, chaque secteur d'activité (HC neuro et gériatrie, et HDJ) organise la prise en charge des patients en objectifs et plans d'action opérationnels (parcours de soins). Les responsables médicaux, cadres de santé et chef de groupe sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et l'application des procédures. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures et recommandations. Ils coordonnent et font le lien au niveau hiérarchique, pratiques et des instances. Des actions correctives (du rappel à l'audit) sont identifiées en cas de besoin (EI, baisse des indicateurs, résultats audits...). Un des objectifs central du projet de soins est l'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge. La formalisation de la planification de la prise en charge en rééducation et coordination avec les services de soins HC et HDJ cadre le dispositif.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels ont participé à l'élaboration des fiches processus et des plans d'action. Les projets d'unité sont en lien avec la démarche qualité. L'établissement a formalisé son plan de formation continue et professionnel (DPC). Une formation à l'ETP est prévue sur le plan 2018 pour les diététiciennes dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle. Les protocoles et procédures sont accessibles sur les postes informatiques. Les besoins des professionnels sont pris en compte pour l'élaboration du parc informatique, activités de rééducation, balnéothérapie... Le cadre de santé et les chefs de groupe

assurent le suivi de la maintenance des matériels et des demandes nouvelles. Des documents d'informations des consignes de rééducation, de conduites à tenir, de prévention, d'exercices de kinésithérapie, d'auto rééducation, et de fiches conseils sont remis aux patients si besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs et professionnels sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. La prise en charge du patient établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Le projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfico-risque, réévalué, est tracé. Il se formalise et évolue en fonction des différents bilans, des rééducateurs, sociaux et soignants. Les espaces de concertation sont programmés (staff pluridisciplinaire, commission de suivi, synthèse). Le dispositif des urgences vitales est formalisé : matériel (3 chariots d'urgence identiques, contrôle et traçabilité, formation des professionnels (AFGSU et AFGSU aquatique avec le CESU 78), formation méthode Heimlich pour les professionnels intervenant aux repas, liaison SAMU, N° d'appel interne d'urgence pour tous les médecins. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. A l'admission tous les patients sont vus par la diététicienne au plus tard dans les 48h. Elle a pu, au préalable, prendre des informations en consultant les données sur trajectoire. Si problème de déglutition, une consultation orthophoniste est programmée. Des formations internes sur les troubles de déglutition sont organisées annuellement au niveau de la fondation. Des temps d'observations des patients pendant les repas sont organisés. Pour les régimes prescrits, un travail de collaboration est fait avec la cuisine qui est sur site. Des rencontres famille sont proposées si besoin. Une EPP sur les risques de déglutition et l'évaluation des pratiques et procédures mises en place est réactivée. La surveillance de poids est hebdomadaire. L'établissement a formalisé l'identification et la prise en charge du risque suicidaire. Une attention est portée sur les informations de pré admission et lors des entretiens d'admission. En cas de risque admissible par la structure, des précautions pratiques sont mises en œuvre (chambre double, enlever les objets à risque, surveillance...). Selon l'évaluation médicale, une demande de suivi psychologique ou une consultation avec un psychiatre peut être organisée. Les différents professionnels organisent des actions d'éducation à la santé en fonction des pathologies rencontrées. (IDE: éducation sur les troubles urinaires, kinésithérapeute/ergothérapeute: contrat d'auto rééducation guidée (CAG), ergothérapeute: groupe dos, orthophoniste: éducation pour la prévention des fausses routes...). La démarche d'éducation thérapeutique du patient est amorcée par la formation de 16 agents et en 2018 des 2 diététiciennes. Les diététiciennes sont en contact avec l'équipe d'ETP au CH d'Houdan pour évaluer la possibilité d'intégrer des patients dans le programme d'ETP "diabète". Les actes de balnéothérapie sont prescrits prenant en compte les contre-indications. La programmation des séances est organisée et transmise aux services. Le circuit patient respecte les règles d'hygiène et de confidentialité. Les situations à risque sont repérées et les moyens préventifs organisés. (Formation, matériel, procédure, communication). Le suivi bactériologique est réalisé au niveau de la pharmacie en lien avec les services techniques chargés de la maintenance et l'aide-soignant qui assure le nettoyage et les contrôles journaliers. Des chartes de fonctionnement sont élaborées avec les services extérieurs bénéficiant de cet outil. La sortie du patient en HC et HDJ est programmée avec le patient et parfois la famille si nécessaire après une réunion de synthèse pluridisciplinaire et la commission sociale. Les documents nécessaires pour la sortie sont remis au patient ou/et transmis aux partenaires prenant le relais de la prise en charge. Le logiciel DPI édite une synthèse de l'hospitalisation facilitant (temps et contenu) la rédaction des CRH. En préalable de la sortie, et avec l'accord du patient et sa famille les ergothérapeutes peuvent se rendre au domicile pour évaluer la situation et faire des propositions d'amélioration des locaux pour gérer au mieux le retour au domicile. Des soins en HDJ peuvent compléter le dispositif de sortie au domicile. Le service social est associé aux différentes étapes de la procédure. Des consultations neuro peuvent être prévues après la sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les IQSS. Des audits "flash" suivi IPAQSS sont organisés en HC sur 20 dossiers (traçabilité de: CRH, projet thérapeutique, accord patient, délai d'envoi, traitement de sortie, troubles nutritionnels, connaissance des points de vigilance urgence...). Des indicateurs spécifiques sont mis en œuvre: nbre escarres, évaluation du risque de chute, traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire, suivi échelle de Braden. Des EPP sont mises en œuvre: pertinence des durées des séjours en HC, évaluation de la prescription des AVK, prise en charge des troubles de la déglutition. Elles sont issues des risques repérés dans les processus. Des patients traceurs concernant les différentes unités et spécificité des prises en charge ont été réalisés.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et certaines intégrées au programme d'action. La communication est réalisée par diffusion de documents (procédures, CR de réunions, journal interne (synergie)). La communication en direction des personnels s'appuie en grande partie sur les cadres intermédiaires (cadre de santé, chef de groupe) et le qualicien participant aux réunions stratégiques et opérationnelles. Des rencontres spécifique qualité organisées par le qualicien informent les personnels des suivis des plans d'action, et des indicateurs. (groupe certification tous les vendredis, rencontre cadres mensuellement).

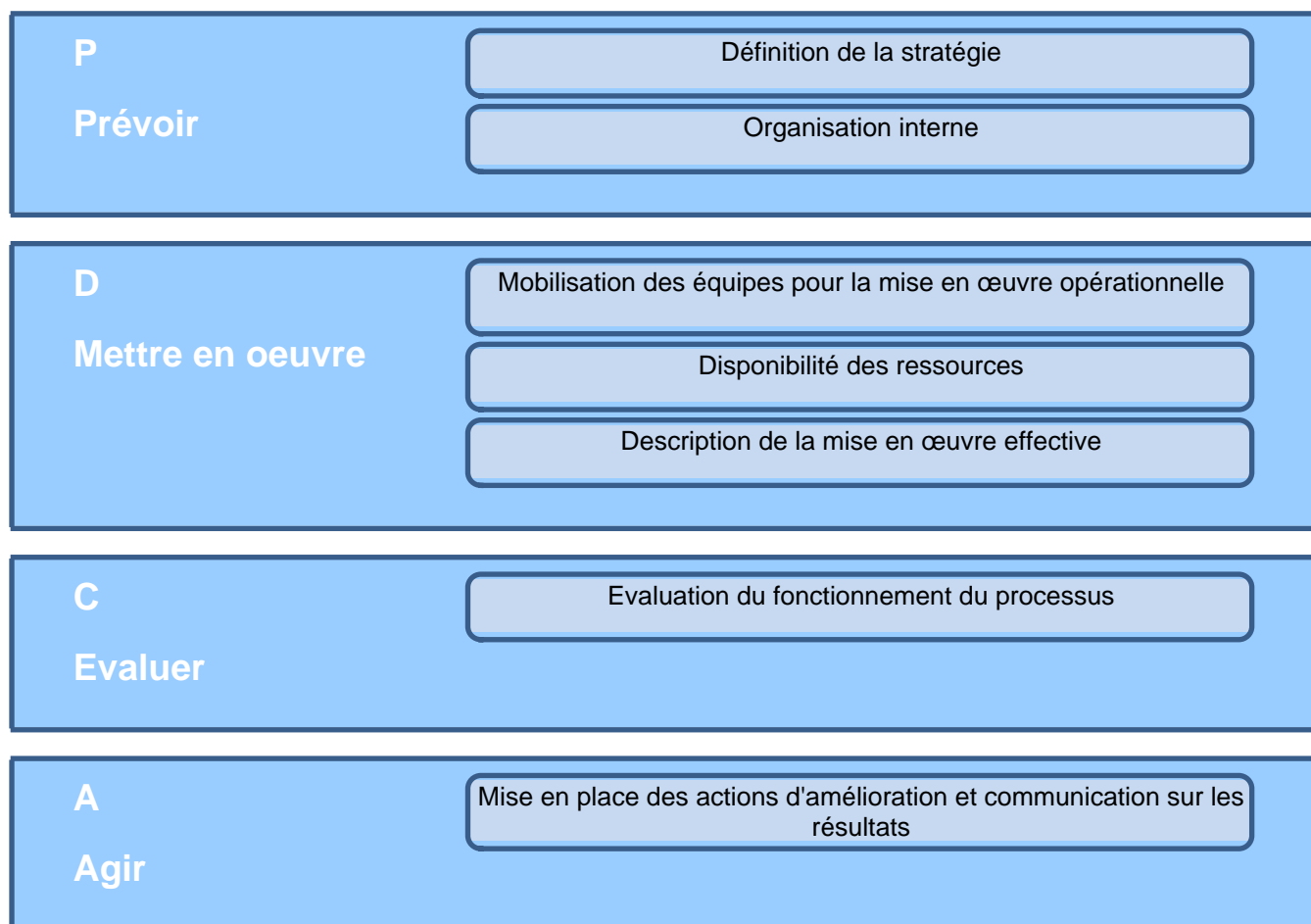
DOSSIER PATIENT

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

Le Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) de Richebourg dispose d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) depuis 2008. Il a basculé en janvier 2018 vers un nouvel applicatif. Il est informatisé pour l'ensemble des deux unités de soins, des métiers et intègre le circuit du médicament. La politique du Dossier Patient été établie au regard des besoins de l'établissement. Elle a été formalisée en lien avec le déploiement du nouvel applicatif. Cette politique est centrée sur une stratégie comprenant 7 axes dont l'objectif central porte sur la nécessité de disposer d'un DPI transversal aux trois structures et de poursuivre l'évolution du paramétrage pour aboutir à un dossier informatisé adapté aux pratiques multidisciplinaires et aux nécessités de prises en charge. Le CRF de Richebourg a défini une carte d'identité du processus dont découle la cartographie des risques inhérents au Dossier Patient allant de sa création à son archivage. Cinq risques sont identifiés dans le Compte Qualité à l'appui de différentes données et des objectifs propres à disposer d'un fonctionnement du DPI adapté aux attentes et d'améliorer la traçabilité ont été établis. Le compte qualité a été élaboré en concertation avec les professionnels concernés. Un PAQSS dédié à la gestion du Dossier Patient et à son accès est articulé notamment avec les actions prioritaires identifiées dans le Compte Qualité. La stratégie et le PAQSS sont validés par les instances notamment par le groupe ressources certification, la CME et la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le CRF de Richebourg a établi une organisation pour piloter le processus dossier patient. Un pilote a été désigné, le Médecin Directeur du pôle de Médecine Physique et Réadaptation que constitue le CRF. Le pilote dispose d'une fiche de de mission. Le pilotage du processus a constitué un groupe DPI pour déterminer de manière pluriprofessionnelle les besoins. Ce groupe composé du pilote associe les acteurs impliqués par cœur de métiers. Des référents DPI ont été nommés pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation de Jour. En matière d'accès du patient à son dossier et d'information quant à ces modalités, elles sont organisées et diffusées. Le qualicien les traite en concertation avec les professionnels concernés. L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines pour le processus dossier patient par le biais de plusieurs formations réalisées par le prestataire auprès des professionnels concernés et des référents DPI qui constituent des formateurs relais. La formation des nouveaux arrivants repose sur ces référents. S'agissant des ressources matérielles, le parc informatique permet en secteur d'hospitalisation complète comme dans celui de l'hospitalisation de jour, de disposer d'ordinateurs dans le poste de soins et dans les salles de rééducations et d'ordinateurs sur chariots mobiles. Les médecins et les rééducateurs disposent d'ordinateurs portables en nombre suffisant. La création des comptes utilisateurs tient compte des différents profils et chaque connexion est sécurisée par un identifiant et un mot de passe. La structure organise la maintenance de ses postes informatiques et la maintenance du logiciel est assurée par le prestataire (qui héberge les données sur un serveur) via notamment une hotline. Le CRF organise le stockage des composantes papier du dossier patient dans des conditions sécurisées dans des locaux d'archivage sécurisés. Il existe un mode dégradé en cas de coupure sur un poste dédié sachant que les données du DPI sont sauvegardées toutes les 4 heures et en temps réel pour les prescriptions. Concernant les ressources documentaires nécessaires au processus dossier patient, les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc. On retiendra notamment l'existence de la procédure d'accès au dossier médical, d'un guide d'utilisation du dossier patient ; d'un mode dégradé. Enfin, le livret d'accueil des patients intègre l'information quant au droit d'accès pour le patient et ses ayant droits. La documentation organisant le fonctionnement du dossier patient est diffusée via la Gestion Documentaire de l'établissement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour le fonctionnement du dossier et pour faciliter la concertation entre les différents professionnels impliqués (service administratif des patients, unités de soins, service informatique, prestataire du DPI, ...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Eu égard à la taille du CRF de Richebourg et compte-tenu de la nécessaire approche harmonisée de la gestion du dossier patient, aucune déclinaison spécifique des objectifs et plans d'actions opérationnels n'est requise. Les cadres médicaux et paramédicaux ainsi que les référents DPI sensibilisent les professionnels sur les enjeux de la qualité de la tenue du dossier patient. Ils s'assurent au quotidien des pratiques et de la complétude des données. Les réunions de staff et de synthèse permettent de sensibiliser les professionnels aux attentes en matière notamment de tenue du Dossier Patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations des professionnels et des nouveaux arrivants sont dispensées. La disponibilité des documents élaborés par l'établissement pour le processus dossier patient est opérationnelle grâce à la gestion documentaire sur disque partagé. Les modalités d'accès à ces documents sont connues et confirmées par les professionnels rencontrés. Le mode dégradé dans l'attente de la remise en exploitation du DPI est effectif et les équipes se le connaissent. Les locaux (salles de soins et local d'archivage) sont conformes à l'organisation définie et aux exigences de sécurité. Le parc informatique est adapté à l'activité via les ordinateurs fixes, portables et des chariots mobiles ainsi qu'une imprimante. Le suivi et la maintenance préventive et curative des équipements informatiques sont effectifs. On constate l'amélioration du réseau wi-fi dans la structure pour résoudre les difficultés de connexion rencontrées lors de l'utilisation des portables et ordinateurs sur chariots mobiles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services connaissent et mettent en œuvre l'organisation et les règles définies pour le fonctionnement du dossier patient. Lors de l'accueil du patient, à la faveur de la remise accompagnée du livret d'accueil, l'information du patient concernant l'accès à son dossier est assurée. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. La CDU est informée du suivi et du traitement des demandes d'accès au Dossier du patient. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont effectives. Les données à partager le cas échéant, avec les professionnels extérieurs à l'établissement impliqués dans les prises en charge sont rendues disponibles dans des délais appropriés par courrier et fiche de liaison. Du fait de l'informatisation, le partage des données entre professionnels est effectif rapidement. Les documents papiers nécessaires à la prise en charge sont scannés, le cas échéant et intégrés dans le DPI et archivés.

La confidentialité des informations est respectée notamment par le renouvellement régulier des mots de passe, la déconnexion des sessions, la fermeture des bureaux et l'accessibilité du poste de soins et de certains locaux par digicodes. Les circuits permettant le fonctionnement et la maintenance du DPI sont respectés et les interfaces entre services de soins, service informatique et service administratif sont opérationnelles. La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient est effective. On soulignera en particulier les bilans type par pathologie réalisés par le Chef de groupe kinésithérapeute et insérés dans le DPI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Gestion du Dossier Patient est évaluée, notamment sur la base d'indicateurs que le CRF de Richebourg mobilise. Au-delà du recueil d'indicateurs nationaux portant sur la tenue du dossier patient, il assure plusieurs évaluations internes : un audit IQSS interne ; le suivi des demandes d'accès au dossier ; les événements indésirables ; la traçabilité de la personne de confiance et des directives anticipées. S'agissant des demandes d'accès au dossier, les indicateurs de suivi des délais de transmission sont établis.

A / AGIR

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

En lien avec la CDU, le cas échéant, l'évaluation périodique permet d'identifier les objectifs et actions correctives nécessaires qui sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'encadrement assure le retour de ces actions et la communication des résultats aux professionnels sur la base de supports et modalités de diffusion notamment à l'appui du journal interne Synergie et dans le cadre de réunion d'information, staffs et transmissions.

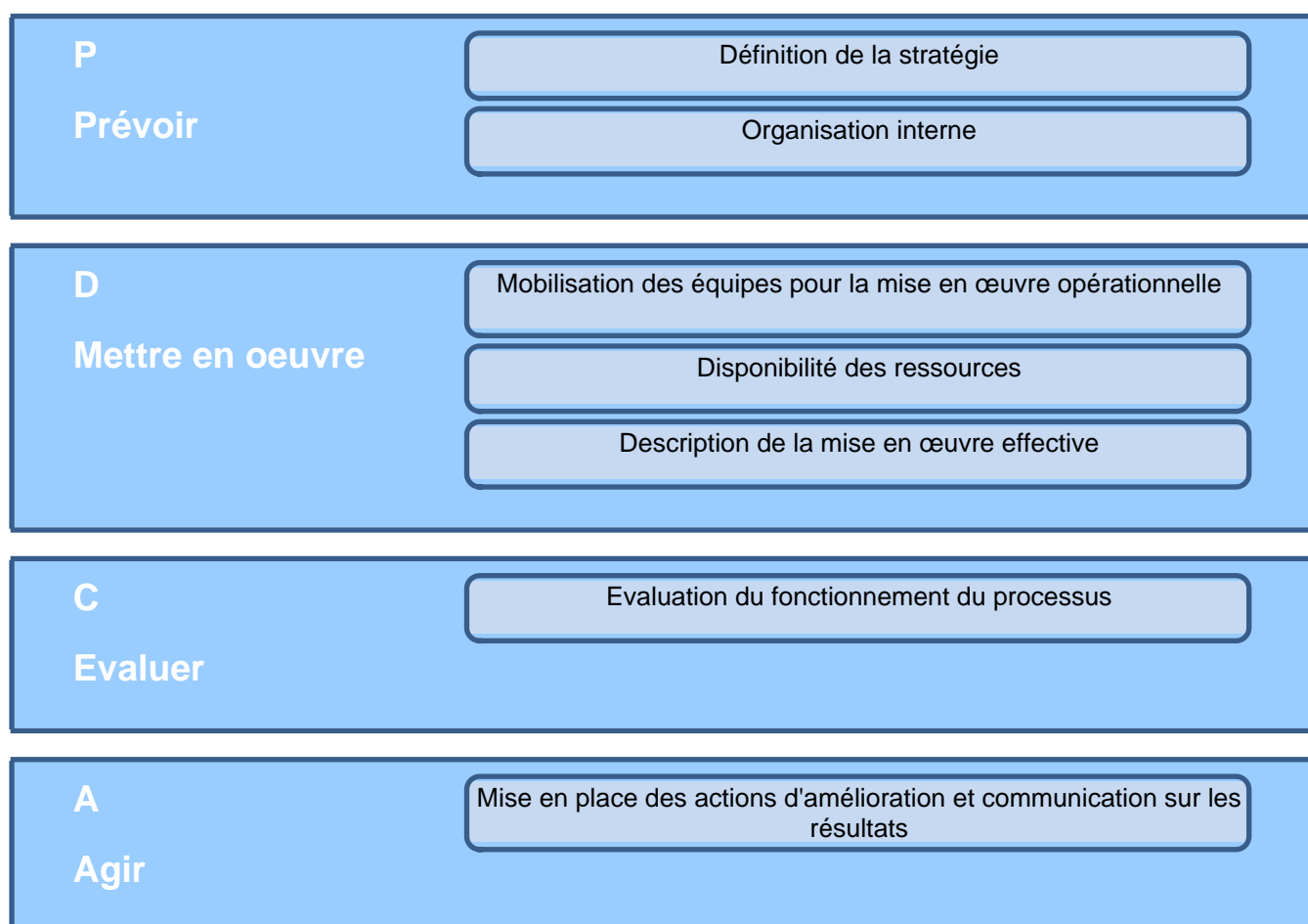
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. La sécurisation du circuit et la formation des professionnels sont priorités. Ce document a été actualisé en 2018. Dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé un guide de prescription est formalisé. Il doit être actualisé suite au recrutement de médecin gériatre. L'établissement a signé son contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins en 2017 (CAQES) avec l'ARS Ile de France et la CPAM.

ORGANISATION INTERNE

Depuis 2016, l'établissement a mis en œuvre une cartographie des risques. Elle est suivie et formalisée annuellement. Elle est construite en regard de l'analyse du processus (a priori), des événements indésirables et audits de terrain (à postériori). Une fiche d'identité processus est établie. Un plan d'action est élaboré et les actions priorités en fonction de la gravité du risque. Les pilotes des processus sont désignés (pharmacien, médecin, IDE), et ils ont été formés. Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse a été actualisé en juillet 2018. La gestion des interfaces est organisée formellement au travers des différentes rencontres institutionnelles (réunion trimestrielles de "revue d'instance"). L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète. Suite à des constats de dysfonctionnements la fondation Mallet a décidé l'implantation d'un nouveau logiciel dossier patient (janvier 2018) intégrant le circuit du médicament. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La permanence pharmaceutique est organisée. En l'absence de la pharmacienne, un remplacement est effectué. L'établissement énonce une difficulté plus présente pour ces remplacements en respectant la réglementation sur le statut et l'expérience requis. Une dotation tampon est à disposition des services. La pharmacienne est désignée Responsable de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le cadre de santé et les chefs de groupe (kiné , ergo) organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Depuis 2016, la pharmacienne organise des réunions mensuelles avec les soignants pour aborder les problématiques, projets, risques concernant l'hygiène et le circuit du médicament.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements informatiques) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La PUI a été construite en 2013, respectant les préconisations et recommandations du pharmacien inspecteur de l'ARS et de l'ordre des pharmaciens. Les réunions mensuelles permettent à la pharmacienne, en fonction des événements de faire des rappels sur la sécurité. Un compte rendu des réunions est diffusé aux équipes. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque sont respectées. La liste des médicaments à risques est formalisée. Les médicaments à risque sont signalés à la pharmacie et dans les armoires des unités de soins. Des fiches de bon usage concernant certains médicaments à risque sont à disposition des professionnels (AVK, digitaline, lithium...). L'information des patients sur le bon usage des médicaments est faite par le médecin lors des entretiens de suivi et d'évaluation, en fonction de l'état de santé du patient. Cette information est tracée dans le dossier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus est assurée. A la sortie du patient , une ordonnance est fait et un traitement pour 48 heures est donné au patient.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel). Les observations pharmaceutiques et la réponse des prescripteurs sont tracés dans le dossier et font l'objet d'un bilan annuel transmis aux prescripteurs. Les règles d'administration dont la traçabilité en temps réel des médicaments sont respectées. Une fiche spécifique de recueil des événements indésirables liés au circuit du médicament (FEM) est à disposition des professionnels. Elle est transmise à la pharmacie, pour action immédiate et ensuite à la qualité. Un retour mensuel est fait lors de l'observatoire des risques. Les actions peuvent être intégrées au plan d'action. Un CREX (REMEDI) est organisé en fonction de l'évaluation du risque. Les professionnels ont été formés à la méthode. La pharmacie prépare les piluliers individuels à la semaine, et la dispensation est journalière, sauf pour les week-end.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisé par la pharmacienne le qualicien et le cadre avec les professionnels concernés. L'établissement répond aux obligations IPAQSS. Un suivi des coûts et consommation est suivi par la pharmacie. L'établissement a réalisé un audit externe en 2015/16 et un interne en 2017/18 (outil diag médicament) après l'implantation du nouveau logiciel. Différents audits "flash" sont suivis: audit insuline, piluliers, validation du TT en temps réel, perfusion, traitement écrasé... Outre un objectif d'évaluation de pratique, c'est la volonté d'affirmer auprès des professionnels de terrain une démarche qualité pérenne.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne, notamment, auprès des professionnels par des réunions mensuelles animées par la pharmacie et des rencontres et passages journaliers au niveau des services. Des rencontres avec le qualicien tous les vendredis permettent d'informer des résultats des IPAQSS, audits, des questionnaires de sortie.