



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAUX PRIVÉS DE METZ**

**Rue du champ montoy  
57070 VANTOUX  
JUILLET 2020**

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUCTION</b>  | 2  |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION   | 2  |
| 2. LA CERTIFICATION V2014  | 2  |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION  | 3  |
| <b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>  | 4  |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS   | 4  |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE   | 5  |
| <b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>   | 6  |
| <b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>  | 9  |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION   | 9  |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES  | 9  |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE   | 9  |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 9  |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION  | 9  |
| <b>PROGRAMME DE VISITE</b>   | 10 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES  | 10 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR                   | 10 |
| <b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>                                       | 12 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES  | 13 |
| GESTION DU RISQUE INFECTIEUX   | 18 |
| DROITS DES PATIENTS  | 23 |
| PARCOURS DU PATIENT  | 27 |
| DOSSIER PATIENT  | 34 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT                             | 38 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE                         | 43 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE                              | 49 |
| GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT                             | 53 |

# 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 :<br><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.<br>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.<br>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<br><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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>   |
| 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.<br>Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.  |
| Patient traceur :<br><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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul> |
| Référentiel applicable                     | Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.  |

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| HOPITAL ROBERT SCHUMAN |                                      |
|------------------------|--------------------------------------|
| Adresse                | Rue du champ montoy<br>57070 VANTOUX |
| Département / région   | MOSELLE / GRAND-EST                  |
| Statut                 | Public                               |
| Type d'établissement   | Centre Hospitalier                   |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche |           |                                 |   |
|---|-----------|---------------------------------|---|
| Type de structure                                   | FINESS    | Nom de l'établissement          | Adresse                                 |
| Entité juridique                                    | 570023630 | HOPITAUX PRIVES DE METZ         | 13 RUE DE LA GENDARMERIE<br>57000 Metz  |
| Etablissement de santé                              | 570020578 | RESIDENCE SAINTE MARIE -<br>SSR | 2 rue de vielle ville<br>57070 Metz     |
| Etablissement de santé                              | 570001099 | HOPITAL SAINTE BLANDINE         | 3 rue cambout<br>57045 Metz             |
| Etablissement de santé                              | 570003947 | USLD- RESIDENCE SAINTE<br>MARIE | 2 rue de la vieille ville<br>57045 Metz |
| Etablissement de santé                              | 570001057 | HOPITAL BELLE-ISLE              | 2 rue belle isle<br>57045 Metz          |
| Etablissement de santé                              | 570026252 | HOPITAL ROBERT SCHUMAN          | Rue du champ montoy<br>57070 VANTOUX    |

| Activités               |           |                                  |  |   |                              |                          |
|-------------------------|-----------|----------------------------------|--|---|------------------------------|--------------------------|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places d'hospitalisation partielle | Nombre de places de chirurgie ambulatoire | Nombre de séances de dialyse | Nombre de journées d'HAD |
| HAD                     | HAD       | /                                | /  | /   | /                            | /                        |

|               |                      |     |    |    |       |       |
|---------------|----------------------|-----|----|----|-------|-------|
| MCO           | Chirurgie            | 243 | /  | 46 | /     | /     |
| MCO           | Médecine             | 261 | 82 | /  | 17821 | 14600 |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 35  | /  | /  | /     | /     |
| SLD           | SLD                  | 30  | /  | /  | /     | /     |
| SSR           | SSR                  | 88  | 65 | /  | /     | /     |

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

- Accréditation laboratoire COFRAC - Laboratoire d'analyse biologique - 15-17 mai 2018
- Certification ISO 9001 de l'EHPAD et USLD Sainte Marie et de l'EHPAD Sainte Claire - 26/09/2019
- Labellisation Centre de Maladies Rares en partenariat avec le CHU de Nancy - Décembre 2016

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements

- Convention de coopération entre SSR (AHBL)
- Protocole concernant les Urgences vitales-Activités GIE IMAGERIE sur HBI
- Convention de repli sur HPMetz des patients dialysés de FREYMING
- Prestations Analyses d'immunohématologie et test de Kleihauer (EFS Vandoeuvre les Nancy)
- Convention de transfert entre service de réanimation (Clinique Claude BERNARD)
- Convention de transfert entre service de réanimation (CHR METZ THIONVILLE)
- Prestation de pédiatrie pour les adolescents diabétiques (Clinique Claude BERNARD)
- Convention de mise à disposition du Dr BEVILACQUA - médecin infectiologue du CHU
- Convention de sous-traitance de la stérilisation par le CHR en cas de difficulté des HPMetz
- Convention de mise à disposition du Dr TASSIN au CHU- chirurgie orthopédique infantile
- Convention avec l'Etablissement Français du Sang - modalités de cession de produits de sang
- Convention d'accès au laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement
- Coopération SSR / Filière SSR (CH.CHARLEVILLE/BOIS)
- Coopération SSR / Filière SSR (MARANGE-SILVANGE)
- Coopération SSR / Filière SSR (MOYEUVRE)
- Convention d'accès à la tumorothèque du CHU de Nancy
- Fonctionnement d'un réseau inter-hospitalier en hygiène hospitalière (CHR + 4 PSPH)
- Coopération entre les établissements de santé et la PASS
- Prophylaxie de la contamination par VIH en cas d'AES (accident avec exposition de sang)
- Coordination de la diabétologie et endocrinologie sur le secteur sanitaire de Metz – constitution réseau ville hôpital
- Coordination de prise en charge en hématologie sur le secteur de Metz
- Protocole d'accord avec le centre de régulation de la Moselle (Centre 15)
- Collaboration entre Radiothérapeutes et Oncologues de la Clinique Claude BERNARD et les chirurgiens digestifs des HPMetz
- Coopération entre les Services de neurologie de FREYMING et l'orthopédie de BELLE ISLE
- Modalités d'intervention des psychiatres du SPUL à BELLE ISLE
- FARES – Accompagnement psychologique des patients en HAD
- Adhésion au réseau ONCOLOR



- Adhésion au réseau RIR – Réseau d'insuffisance respiratoire
- Adhésion au réseau ARAIRLOR – Réseau d'insuffisance respiratoire de Lorraine
- Adhésion au réseau ALLERGOLOR
- Adhésion au réseau HERMES
- Adhésion à NEPHROLOR
- TB LORRAINE- Aide au sevrage tabagique des salariés de TB LORRAINE
- ILCO- LORRAINE – Mise à disposition de bénévoles « stomisés-contact »
- Adhésion au réseau ICALOR réseau ville hôpital en cardiologie
- Adhésion au réseau QUALILOR
- Adhésion au réseau ANTIBIOLOR
- LE GOUEST- Coopération des équipes médicale dans le domaine de l'ORL
- CLAUDE BERNARD – accès des cardiologues HP Metz sur le plateau de coronarographies de la clinique Claude BERNARD
- Hôpitaux MOYEUVRE + MARANGE – Convention constitutive d'une filière gériatrique hospitalière sur le territoire de Metz

|   |  |
|---|--|
| Regroupement / Fusion                           | /  |
| Arrêt et fermeture d'activité                   | - Chirurgie infantile depuis avril 2015  |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions | - Extension de l'hôpital Robert Schuman à Nouilly en cours de construction au 12/02/19. Cette phase consiste en la construction de la 3ème aile d'hospitalisation avec notamment au rez-de-chaussée la Maison de la Cancérologie. De l'autre côté du plateau technique, sera implantée la Maison des Consultations. Au total, 184 lits et places seront créés. L'ouverture de l'extension de l'hôpital est prévue en 2020-2021. La fermeture de l'hôpital Sainte Blandine est prévue en 2021 suite à l'ouverture de l'extension de l'hôpital Robert Schuman. |

# 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                        |
| Gestion du risque infectieux                                   |
| PRISE EN CHARGE  |
| Droits des patients  |
| Parcours du patient  |
| Dossier patient  |
| Management de la prise en charge médicamenteuse du patient     |
| Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire |
| Management de la prise en charge du patient en endoscopie      |
| FONCTIONS SUPPORTS   |
| Gestion des équipements et produits au domicile du patient     |

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

| PT | Population              | Secteurs d'activité / services               | Pathologie                                 | Mode d'entrée              | Type de parcours                                | PEC |
|----|-------------------------|--|--|----------------------------|---|-----|
| 1  | H ou F                  | Médecine - Pneumologie site HRS              | Cancer pulmonaire métastasé                | Hospitalisation Programmée | Complexe  | MCO |
| 2  | H ou F<br>Personne âgée | Chirurgie ambulatoire site HRS               | Varices                                    | Hospitalisation Programmée | Simple  | MCO |
| 3  | H ou F                  | Oncologie médicale site HBI                  | Tumeur colon avec métastases               | Hospitalisation Programmée | 1 patient(e) en ambulatoire pec pour une chimio | MCO |
| 4  | H ou F                  | Médecine (Hépatogastro-entérologie) site HRS | Polypose digestive - contrôle coloscopique | Hospitalisation Programmée | 1 patient pec en gastrologie a visé diagnostic  | MCO |
| 5  | H ou F                  | Chirurgie orthopédique site HBI              | Prothèse de genou                          | Hospitalisation Programmée | Complexe  | MCO |

| <b>PT</b> | <b>Population</b>       | <b>Secteurs d'activité / services</b>     | <b>Pathologie</b>                | <b>Mode d'entrée</b>       | <b>Type de parcours</b>                        | <b>PEC</b>    |
|-----------|-------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|--|---------------|
| 6         | H ou F                  | Dialyse site HRS                          | Insuffisance rénale              | Hospitalisation Programmée | Simple   | MCO           |
| 7         | H ou F<br>Personne âgée | Unité de soins spécifiques Alzheimer /SLD | Cancer du sein métastasé         | Hospitalisation Programmée | 1 patient(e) pec pour polypathologie           | SLD           |
| 8         | H ou F<br>Personne âgée | Soins de suite gériatrique site HBI       | AVC - rééducation                | Hospitalisation Programmée | 1 patient(e) pec en Soins de suite gériatrique | SSR           |
| 9         | H ou F                  | HAD site HSB                              | Pansements complexes             | Hospitalisation Programmée | Complexe                                       | HAD           |
| 10        | H ou F                  | Service Psychiatrie Adulte site HSB       | Dépression - Troubles bipolaires | Hospitalisation Programmée | Simple   | Santé mentale |

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

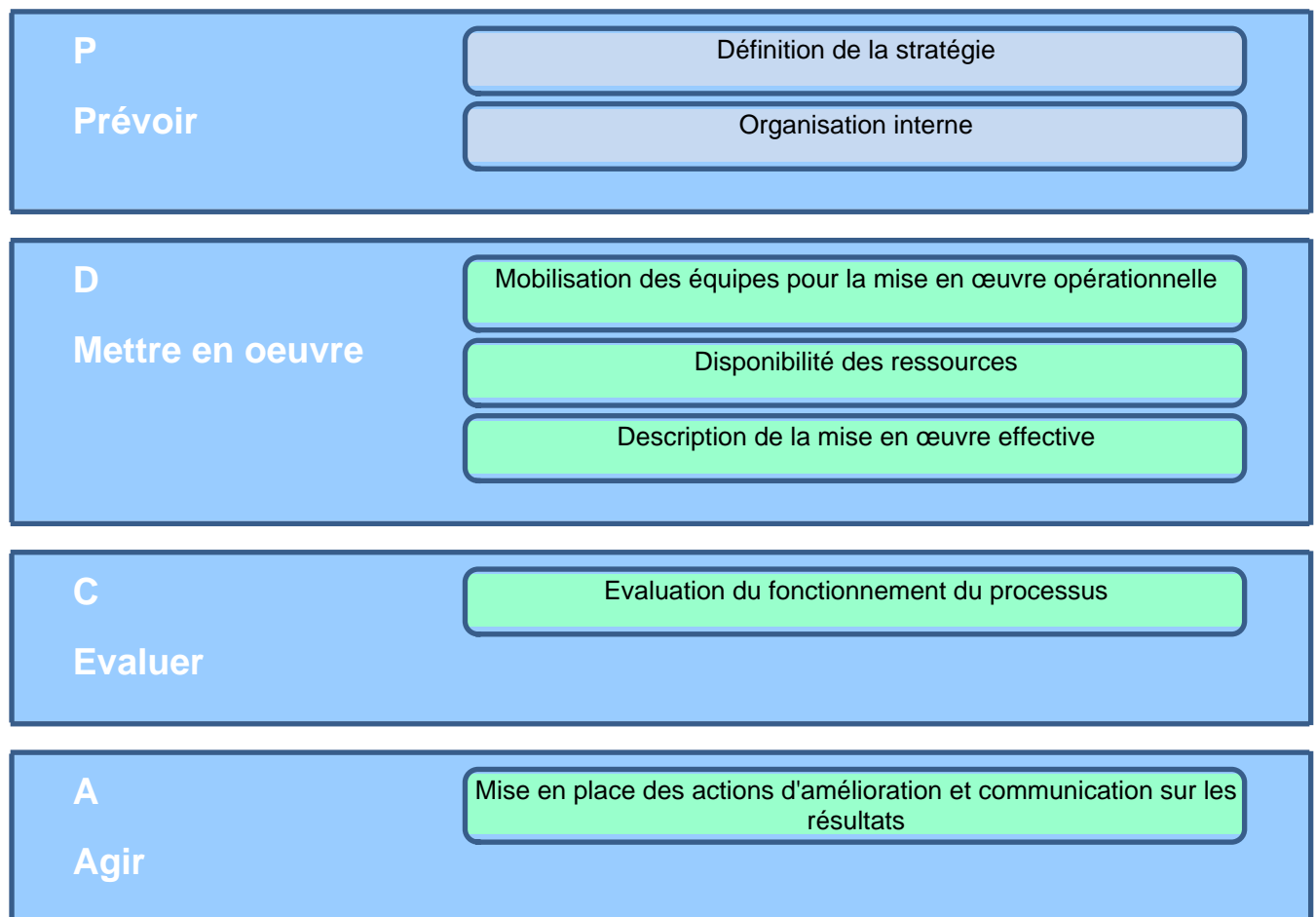
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité est décrite dans le projet d'établissement (Politique Qualité et Gestion des Risques). Elle est intégrée dans les orientations stratégiques portées par le management et confirmée par l'engagement de la Direction figurant dans le Compte Qualité. Les éléments fournis par l'établissement et le résultat des investigations menées lors de l'audit de ce processus démontrent que les Hôpitaux Privés de Metz (HPM) sur les différents sites, ont identifié les besoins et analysé les risques avec les professionnels concernés.

Parmi ces orientations figurent notamment le développement des EPP, le respect des obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. La dynamique dans le domaine des EPP est matérialisée par la quinzaine d'actions initiées depuis 2014 dont les patients traceurs réalisés. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, les experts-visiteurs ont pu constater la volonté des HPM de les associer à la vie des différents sites. Ce constat est confirmé par les usagers rencontrés et dans les actions menées (maison des usagers, permanences effectuées, participation à la préparation de la visite de certification...). La volonté de sensibiliser et d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins constitue un objectif majeur de l'axe stratégique 2 du projet qualité et gestion des risques 2016-2020. La démarche d'identification des risques à priori repose sur le travail mené en 2015 par les pilotes de processus avec le groupe pluridisciplinaire constitué à cet effet ou avec les membres de l'instance concernée, chaque groupe ou instance bénéficiant de l'appui méthodologique du service qualité.

Depuis, une actualisation périodique des cartographies est réalisée selon la même méthodologie en fonction des El déclarés lors de l'exercice N-1 et des nouvelles actions mises en place en tant que démarches de maîtrise du processus. Le programme d'amélioration de la qualité/gestion des risques décrit, par processus, les actions d'amélioration retenues et s'articule avec le compte qualité.

Il prend en compte l'ensemble des champs opérationnels de la structure et de ses différents sites, identifie les professionnels en charge des actions, précise les modalités de suivi et fixe les échéances à respecter. La stratégie de communication mise en place dans l'établissement favorise l'information régulière concernant les objectifs, les résultats des indicateurs, les tableaux de bord à destination des professionnels et des usagers. La mise en œuvre de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité se décline dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ce programme fait l'objet d'une co-construction issue d'initiatives institutionnelles et de groupes de travail animés par les pilotes. Il s'articule avec le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation mise en place par les HPM montre la volonté de la Direction et des Instances décisionnaires de positionner l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins comme une priorité institutionnelle et managériale, le développement de cette culture qualité et sécurité des soins constituant un axe majeur de cette politique décrite dans le projet d'établissement 2016-2020.

Une démarche a été suivie par les HPM en parallèle de la préparation de la visite de certification consistant en l'obtention le 22 janvier 2018 du label ISO 9001 pour ses activités de planification, définition, réalisation et suivi des actions de la qualité en vue d'améliorer la gestion des risques et la relation avec les usagers.

Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le Comité de pilotage (COFIL) Qualité-Gestion des Risques-Certification composée du Directeur Général, des Directeurs de site, du Président de CME, d'un médecin anesthésiste-réanimateur, des directeurs de soins des 4 sites, de la Directrice Qualité/Gestion des Risques/Relation avec les usagers/Communication, des responsables Qualité en Santé et Qualité/Gestion des Risques, de la Directrice du pôle médico-social, du Pharmacien gérant, des responsables des sites interventionnels et des pilotes des thématiques.

Ce COFIL se réunit au minimum 4 fois par an et assure un pilotage global de la démarche, il coordonne et priorise les actions d'amélioration à travers le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins dont l'élaboration et le pilotage sont assurés par la Cellule Qualité/Gestion des Risques et des professionnels référents (Hémovigilance, Douleur, Risque infectieux). Ce programme validé par le COFIL est présenté aux instances dont la CDU et fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire en place dans l'établissement.

L'établissement a désigné les pilotes en charge de chacun des processus, les rôles et les responsabilités sont identifiés.

Pour le processus MQGR, le pilotage est assuré au niveau stratégique par la Directrice Qualité/Gestion des Risques/Relation avec les usagers et Communication, cette dernière assurant également le niveau opérationnel avec ses adjoints.

Le chapitre 6 du nouveau projet d'établissement "Projet Qualité et Gestion des risques" décrit les résultats du précédent projet, les nouveaux objectifs stratégiques et les priorités d'actions, l'organisation et la coordination de la démarche, son articulation avec les différentes instances, un schéma directeur

illustrant cette organisation et sa coordination a été élaboré et transmis lors de la visite.

Les besoins en formation des professionnels sont identifiés selon une méthodologie définie. Il existe une formation institutionnelle d'intégration propre à l'entité HPM (journée des nouveaux embauchés) ainsi que des journées de perfectionnement (JFOR) où sont présentés notamment des thèmes liés à la Qualité et à la Gestion des Risques parmi lesquels figurent :

- les risques associés aux soins et à la sécurité du patient
- l'utilisation des supports de signalement des EI
- les processus de hiérarchisation et d'analyse des causes des EI
- l'analyse des risques à priori
- les situations de crise

Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu, les nouveaux embauchés sont systématiquement formés à son utilisation. Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques, ces derniers sont intégrés à la gestion documentaire.

Parmi ceux-ci figurent ceux destinés au recueil des attentes des usagers et au recueil des anomalies qu'ils sont invités à signaler.

Il existe au sein de la structure une coordination des dispositifs de vigilance, veille sanitaire et de gestion des risques, cette coordination est également organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire (Coordination des Vigilances et des Risques).

La gestion des alertes ascendantes et descendantes est assurée conjointement par le Service Qualité et les Vigilants concernés (Matérovigilance, Pharmacovigilance, Réactovigilance, Hémo-vigilance...). Le dispositif de gestion des EI relève du Service Qualité. La description détaillée de la gestion de ces dispositifs figure dans le rapport annuel de la Qualité et de la Gestion des risques qui a été présenté et commenté lors de la visite. Le plan blanc des HPM a été consulté lors de l'investigation du processus. Son opérationnalité fait l'objet d'une mise en œuvre effective lors des simulations effectuées à fréquence régulière, la dernière datant du 21 octobre 2017.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'appropriation de la démarche s'avère effective et permet la réalisation de l'identification et de la hiérarchisation des risques ainsi que des actions à mettre en œuvre.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de la gestion des risques associés aux soins avec une responsabilité assurée par la Directrice Qualité. Les professionnels sont sensibilisés sur les différentes thématiques et sur les objectifs de ces dernières déclinés dans le PAQSS accessible à tout moment à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire en place. Cette sensibilisation repose sur les différentes actions et outils mis en place d'une part (réunions de service, journées dédiées, formation professionnelle, semaine de la sécurité) et d'autre part sur le rôle de relais assuré par le management intermédiaire dans les services de soins (cadres de santé, infirmières référentes) et les autres secteurs (chefs de service). L'encadrement assure le suivi des actions d'amélioration de son secteur, le niveau d'adhésion des équipes et procède à la vérification de la conformité des pratiques aux protocoles et procédures en vigueur. Cette vérification porte notamment sur les points critiques identifiés lors de l'élaboration et de l'actualisation des cartographies des risques, selon une méthodologie participative et pluridisciplinaire. Dans le cadre de la gestion des risques à posteriori, les équipes participent à la déclaration des événements indésirables et au traitement des événements indésirables graves pour lesquels une analyse des causes profondes est systématiquement réalisée en groupe pluridisciplinaire (Comité de Retour d'Expérience, Revue de Morbidité et de Mortalité....) et des actions décidées.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs mis en place dans les différents sites de l'entité HPM répondent aux besoins liés aux activités déployées et se révèlent adaptés aux risques liés à ces dernières.

Les professionnels bénéficient de formations (plan de formation) et leurs besoins sont pris en compte. Les ressources documentaires sont accessibles et se révèlent, au regard des investigations menées dans les services, maîtrisés par les professionnels même en cas de fonctionnement du mode dégradé qui est protocolisé. Les ressources matérielles mises à disposition des professionnels répondent aux besoins des services. L'outil informatique est maîtrisé et sa maintenance assurée en temps utile par un service interne. L'organisation mise en place et les mesures appliquées en cas d'absences imprévues de professionnels de services soignants permettent d'assurer la sécurité et la qualité des prises en charge. L'installation récente d'une nouvelle application informatique est prévue pour simplifier la gestion de ces absences inopinées et faciliter le travail de l'encadrement par l'identification rapide des solutions envisageables reposant sur le volontariat déclaré des professionnels figurant, avec leur accord, dans la base de données de cette application. Le système de gardes médicales et d'astreintes appliqué sur les sites garantit la continuité des soins et favorise la sécurité des prises en charge.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE



Les investigations menées auprès des différents services démontrent que les objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des secteurs d'activité et traduits dans des plans d'actions d'amélioration (démarches EPP, analyses de la pertinence des soins, audits des pratiques professionnelles, comités de retour d'expérience...).

Les différentes équipes sont régulièrement informées de la mise en œuvre de la politique globale de management de la qualité et de la sécurité et de son évolution par le biais des différentes actions (réunions de service, journées dédiées comme l'accueil des nouveaux embauchés, formations professionnelles...) et des différents supports de communication déployés dont l'application numérique interne. Cette dernière constitue une innovation qui permet aux professionnels de bénéficier d'une source d'informations performante notamment par son accessibilité et sa modernité (vidéos, tutoriels...). Le management de l'établissement a mis en place une démarche d'évaluation des risques à priori opérationnelle, participative, pluridisciplinaire permettant leur identification, leur hiérarchisation et la détermination des modalités de leur traitement. Cette démarche fait l'objet d'une appropriation des professionnels.

L'examen des plaintes et réclamations associe ces derniers autant que de besoin, une présentation de leur analyse et de leur traitement est réalisée en CDU qui est associée à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité. Les documents assurant la traçabilité (FEI, questionnaires de satisfaction, CR CREX...) et constituant des éléments de preuve de bon fonctionnement des processus sont disponibles comme cela a été constaté lors des investigations de terrain.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le chapitre concernant le management opérationnel de la démarche figurant au Compte Qualité décrit les modalités d'évaluation prévues et notamment un programme d'évaluations annuel défini et suivi par le service qualité. Les HPM ont mis en place, à l'intention de l'ensemble des services, une enquête annuelle de satisfaction relative à l'activité du service qualité dont l'exploitation permet de prendre en compte les différentes attentes exprimées. Le processus Management de la Qualité et des Risques fait l'objet d'une évaluation annuelle (COPIIL+Revue de Direction) réalisée sur l'ensemble des données à disposition (tableau de bord des indicateurs) et des différentes évaluations menées dans les services. Des indicateurs internes viennent compléter les indicateurs réglementaires, leur suivi et leur analyse favorisent l'efficacité des évaluations réalisées. L'évaluation de la satisfaction des usagers associe leurs représentants membres de la CDU. Les résultats de ces évaluations font l'objet d'une large diffusion en interne. Les modalités d'évaluation mises en œuvre permettent le pilotage de la thématique ainsi que l'évaluation de la pertinence des actions engagées.

## **A / AGIR**

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

Les résultats des évaluations conduisent l'établissement à procéder aux ajustements nécessaires par l'identification et la mise en place de nouvelles actions d'amélioration entraînant la révision du PAQSS soumise à validation (COPIIL+Revue de Direction). Cette révision fait ensuite l'objet d'une large diffusion auprès de l'ensemble des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels et font l'objet conformément à la réglementation d'une information des usagers.



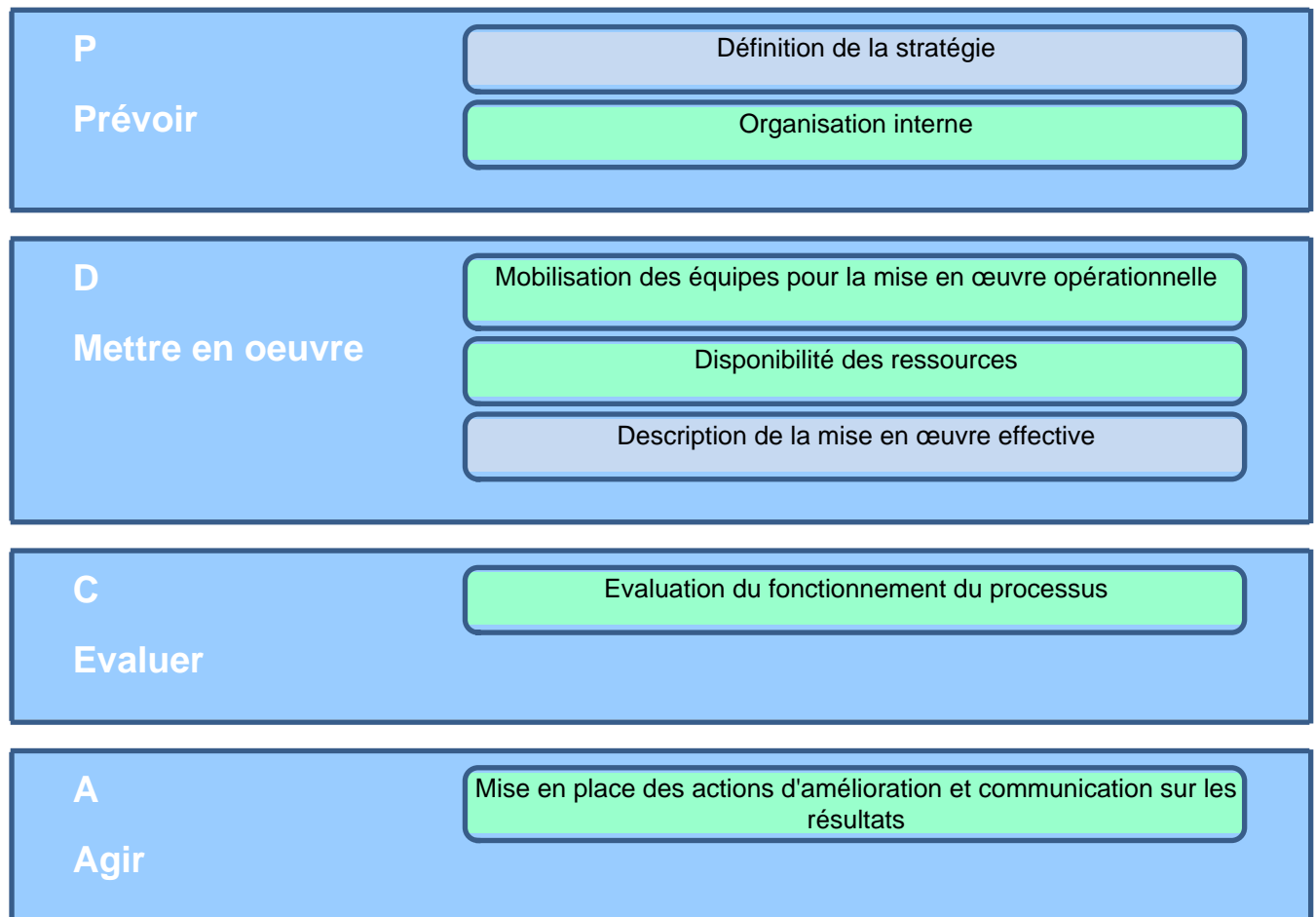
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Le projet d'établissement des Hôpitaux Privés de Metz (HPM) actuel (2016-2021) comprend un volet « projet hygiène hospitalière » qui définit les objectifs de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux : sensibilisation des services à la déclaration des phénomènes infectieux, formation à l'hygiène hospitalière, par exemple.

Dans la politique qualité et gestion des risques (juin 2019), la maîtrise des risques aux différentes étapes de la prise en charge dont la maîtrise du risque infectieux est inscrite comme une priorité.

Le projet d'établissement et la politique qualité et gestion des risques ont été approuvés par les instances dirigeantes de l'établissement. Cette stratégie a été présentée, notamment, en CME et CDU de l'établissement. Cette stratégie est déclinée dans le programme annuel établi par le Praticien Hospitalier en Hygiène en lien avec la Présidente du CLIN et formalisée annuellement sous forme de « feuille de route EOH ». L'analyse des besoins, du contexte et des risques a été menée avec les professionnels. De nombreuses sources de données ont été mobilisées : bilan des fiches événements indésirables, indicateurs qualité sécurité des soins nationaux, résultats d'audit et bilan d'activité des CLIN. La cartographie des risques a identifié 56 risques concernant la gestion du risque infectieux comme le défaut de transmission des informations dans les services et la méconnaissance des résistances aux antibiotiques, par exemple. Neuf risques ont été priorisés et inscrits dans le Compte-Qualité de l'établissement : défaut de réévaluation des antibiotiques, dépistage partiel du risque infectieux avec risque de transmissions croisées et absence de maintenance de point d'eau, notamment.

A souligner que l'activité de balnéothérapie considérée comme une activité à haut risque infectieux a été prise en compte dans la cartographie des risques du parcours patient SSR. Les actions d'amélioration notifiées dans le Compte-Qualité sont articulées avec le Plan d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement et figurent également sur la « feuille de route EOH ».

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le Praticien en Hygiène Hospitalière (PHH) assure le pilotage de la stratégie avec l'appui du médecin biologiste qui est Présidente du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et du médecin interniste qui préside la Commission des Anti-Infectieux (CAI). Le PHH dispose d'une fiche de poste (juillet 2019) qui définit son champ d'action permettant d'assurer un pilotage coordonné. Il dispose d'un 0,8 ETP. Le PHH travaille en étroite collaboration avec le coordinateur de gestion des risques associés aux soins qui est directrice du service qualité et gestions des risques. Le CLIN et la CAI, dont le règlement intérieur est défini, ont pour missions de soutenir la stratégie de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux et de suivre le programme d'actions d'amélioration.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé, permettant des conditions d'hygiène optimales des locaux et une promotion du « bon usage des antibiotiques ».

Le PHH est responsable de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) comprenant 2 infirmières hygiénistes. Actuellement un poste est vacant. Leur fiche de poste est formalisée.

Un praticien hospitalier en infectiologie du centre hospitalier universitaire de Nancy dispose d'un 0,1 ETP afin de donner un avis notamment sur les infections à germes résistants et sur l'antibiothérapie adaptée. Le responsable du laboratoire, et deux médecins de l'établissement sont praticiens référents en antibiothérapie dans l'établissement et disposent de 0,1 ETP pour cette mission et le pharmacien dispose d'un temps de 0,20 ETP. Ce praticien anime la CAI de l'établissement.

Pour les secteurs de soins, 69 correspondants hygiènes sont identifiés et formés (6 réunions par an sur chaque site de l'établissement) afin d'optimiser le déploiement des bonnes pratiques en matière d'hygiène. Les besoins en formation continue sont identifiés dans le plan de formation de l'établissement (formation sur précautions complémentaires d'hygiène et diplôme universitaire sur la prévention des infections associées aux soins, par exemple).

L'établissement organise régulièrement des sensibilisations en interne pour l'appropriation des procédures relatives à la gestion du risque infectieux, notamment en direction des nouveaux arrivants lors des JFOR (Journée FORMation).

Le PHH remet à chaque médecin un guide "hygiène" pour les mobiliser autour du risque infectieux.

La sensibilisation des professionnels est un axe fort de l'établissement. Différents supports y contribuent (procédures dans la gestion documentaire, affiche et flyer sur les précautions standard, vidéo).

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles.

Le service technique de l'établissement est mobilisé autour de la maîtrise du risque infectieux.

Le personnel réalisant le bionettoyage des locaux, les prélèvements d'eau, l'évacuation des Déchets A Risque Infectieux (DASRI), le nettoyage de la balnéothérapie toutes les 12 semaines sont sous la responsabilité du Directeur des services logistiques. Deux responsables hôtelières organisent leurs

taches.

L'hygiène de certains locaux (blocs opératoires, dialyse, stérilisation notamment) est gérée par un prestataire de service. Un cahier des charges, tenant compte des recommandations concernant la maîtrise du risque infectieux, précise leur intervention.

Un plan de maintenance des équipements est défini, notamment concernant le circuit de l'eau et le risque inhérent de Légionellose. Le personnel est associé au choix de produits de ménage et au matériel (chariot de ménage, par exemple).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels, notamment avec les pharmaciens, le médecin biologiste et le praticien en hygiène hospitalière.

Une étroite collaboration est en place entre l'EOH et le laboratoire d'analyses médicales, notamment en cas de résultats positifs sur un prélèvement d'une Bactérie Multi-Résistante (BMR).

L'EOH a des liens fonctionnels importants avec le service qualité et gestion des risques. Ces interfaces sont régulièrement questionnées et revues, notamment avec les fournisseurs et le service logistiques.

## D / METTRE EN ŒUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des professionnels identifiés déclinent la démarche institutionnelle au niveau du terrain : les cadres de santé, les référentes hôtelières sont fortement impliqués dans la mise en place des actions portées au PAQSS et la sensibilisation auprès des professionnels au risque infectieux, notamment à l'hygiène des mains. Des Quick audit sont réalisés périodiquement (hygiène des mains, par exemple) soit par le cadre soit par un soignant du service. Le plan d'audit 2019 est mis en œuvre par l'EOH : audit précautions complémentaires contact clostridium, et autoévaluation sur le sondage urinaire, notamment). La plupart des cadres de santé connaissent les résultats de leurs audits et indicateurs (consommation SHA, par exemple) et mobilisent leurs équipes au regard des résultats obtenus.

Des correspondants en hygiène sont présents dans chaque unité de soin, permettant un relais des informations et une aide pour la mise en œuvre des préconisations auprès de ses collègues.

Les HP de Metz ont été confrontés ces dernières années à une épidémie bactériologique importante. Le dispositif de gestion de crise associant les équipes cliniques et médico-techniques a été mis en œuvre.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en documentation et en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité (soins, laboratoire, stérilisation, service logistique, notamment). Des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont disponibles au niveau de la gestion documentaire électronique de l'établissement (conduite à tenir en cas d'AES, surveillance de la qualité de l'air traité et tenu du personnel en secteurs de soins et médico-techniques, par exemple). Les médecins disposent d'antibio-guide pour les aider dans leur décision concernant la pertinence de la prescription d'antibiotiques. Un mode opératoire concernant les antibiotiques à prescription restreinte est formalisé et connu des prescripteurs. La disponibilité du matériel est effective : distributeur de Solution Hydro-Alcoolique dans chaque couloir des unités de soin pour inciter les visiteurs à une hygiène parfaite des mains, chariot ménage. Des équipements de protection individuelle sont disponibles dans tous les secteurs. De nombreux livrets d'information à destination des patients et leur famille ont été élaborés par le service communication de l'établissement (conseils aux hémodialysés, patient contact BHRé, consignes d'hygiène en balnéothérapie, par exemple). Ils sont remis au patient avec des explications orales. Ces supports sont aidants pour le patient pour la compréhension et le respect des consignes comme en ont fait part les patients traceurs rencontrés.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge des patients, notamment en cas de portage BMR, bon usage antibiotique et isolement septique.

Les mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

Ils sont stockés au niveau des unités de soins dans des locaux sécurisés (digicode).

Les dispositifs contenant les DASRI (sac, carton, collecteur pour objets piquants coupants tranchants) sont collectés dans le même chariot que celui des ordures ménagères (OM). Une cloison sépare les OM des DASRI. L'acheminement vers la plateforme terminale est réalisé par un personnel des services techniques. Le nettoyage des chariots est effectué par ce professionnel qui est sensibilisé aux risques infectieux..

Durant la visite au HPM, trois lieux de dépôts terminaux ont été investigués : le dépôt de l'Hôpital Schuman, et le dépôt de l'Hôpital Belle Isle et de Sainte Marie qui répondent aux attentes réglementaires. Le dépôt terminal De l'Hôpital Belle Ile n'était pas sécurisé (non fermeture du verrou) au moment de la visite. L'établissement a été extrêmement réactif afin de garantir la sécurisation de ces lieux en tout temps.

Les bonnes pratiques évoquées lors des formations sont mises en œuvre par les professionnels : les

soignants se sont fortement impliqués dans la prévention des risques des escarres, plaies et cicatrisation en SSR, par exemple.

Les professionnels se coordonnent pour que les soins se déroulent avec une maîtrise correcte du risque infectieux : par exemple, le laboratoire informe en temps réel le médecin de l'unité en cas de patient porteur de BMR, des précautions complémentaires sont mises en place, appliquées par tous les soignants.

Pour cette mise en œuvre, l'EOH formalise une « fiche alerte » sur le logiciel dossier patient. A chaque ouverture du dossier, cette alerte apparaît ce qui contribue à la vigilance des professionnels et à l'application des précautions standards. Lors de la prise en charge dans les autres secteurs (radiologie, bloc opératoire, brancardage...), la notification du risque infectieux est portée sur les documents de liaison.

Le référent antibiotique, le pharmacien, le microbiologiste et le médecin prescripteur collaborent étroitement afin de proposer la meilleure stratégie thérapeutique.

L'EOH et le coordonnateur des risques associés aux soins sont sollicités, le cas échéant.

Le cas échéant, cette information est systématiquement portée au courrier de liaison ce qui permet d'informer les structures d'aval et le médecin traitant, notamment. Le suivi de l'évolution clinique du patient et des autres patients non-porteurs est garanti.

A souligner, que tout patient devant bénéficier d'un acte chirurgical rencontre lors de la consultation pré-anesthésique, une infirmière coordinatrice et qu'une recherche du risque infectieux est effectuée (voyage à l'étranger).

Les résultats des prélèvements d'environnement (eau, air, surface) dans les secteurs à risques sont suivis, analysés et transmis à l'encadrement médical et paramédical.

La pertinence de l'antibiothérapie est questionnée. Les praticiens des HPM recourent à l'avis de l'infectiologue pour toute infection présentant un caractère de gravité.

Dans le cadre de leur activité libérale, certains médecins intervenant dans l'établissement suivent une formation régulière obligatoire au bon usage des antibiotiques.

Les médecins de l'établissement participent, une fois par an, à un temps d'échange-débat avec leurs confrères des autres établissements voisins sur l'épidémiologie bactérienne et l'antibiothérapie (cas concrets).

Les surveillances concourant à la maîtrise du risque infectieux est mise en œuvre dans le cadre des réseaux nationaux pour les BMR.

Les pharmaciens participent à la promotion du bon usage des antibiotiques en assurant le suivi des consommations au moyen d'un outil national.

Les préconisations définies dans le cadre du bon usage de l'antibiotique sont mise en œuvre, notamment l'amélioration de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie (risque identifié dans le Compte-Qualité de l'établissement), comme l'atteste le parcours patient réalisé et les visites terrain.

Les surveillances concourant à la maîtrise du risque infectieux est mise en œuvre dans le cadre des réseaux nationaux pour les BMR.

Le signalement interne des événements indésirables (EI) liés aux risques infectieux est effectif. Le personnel est fortement incité à déclarer les EI (558 EI en 2018 sur les 3560 EI déclarés).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles, notamment concernant le circuit du linge.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateur.

Le recueil des indicateurs nationaux du "Tableau de Bord des Infections Nosocomiales" (TBIN 2016/2017) a été réalisé. L'établissement a recueilli l'indicateur de consommation de la solution hydro-alcoolique en 2018 (ICSHA3 : classe A). D'autres indicateurs sont suivis :

- Réévaluation de l'antibiothérapie : avec une progression positive importante de cet indicateur depuis 3 ans.
- Indicateurs de surveillance et de prévention : Infections du Site Opératoire (ISO), BMR, AES, infection sur cathéter chambre implantable, par exemple.
- Surveillance de l'environnement : endoscope, eau, air par exemple.

Des audits sont régulièrement menés (hygiène de locaux, respect des précautions complémentaires de surveillance et de prévention, pose et manipulation des voies veineuses périphériques et bon usage des antibiotiques, par exemple).

Afin de renforcer son dispositif d'évaluation, l'établissement a développé de nouveaux outils : visite de risque, suivi fiche projet, notamment.

Le bilan d'activité 2018 du CLIN de l'établissement a été réalisé et a permis l'élaboration du programme 2019. L'analyse des fiches d'événements indésirables, permet une évaluation du dispositif.

L'EOH participe aux analyses de cause mises en place suite à des EIGAS concernant la maîtrise du risque infectieux et à certaines RMM (infection post-opératoire prothèse totale de hanche, par exemple). Ce dispositif d'évaluation structuré permet d'identifier les actions correctives.

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

L'établissement analyse les résultats des évaluations et propose les nouveaux objectifs et de nouvelles actions d'amélioration si les objectifs fixés ne sont pas atteints. Le PHH établit annuellement une feuille de route regroupant l'ensemble des actions d'amélioration à réaliser. Il en assure leurs mises en œuvre et leurs suivis. Certaines de ces actions sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. Les actions figurant au PAQSS en matière de maîtrise du risque infectieux, de gestion de l'eau, de l'air et des déchets et d'hygiène des locaux sont suivies par le service qualité de l'établissement, et EOH, en lien avec le CLIN. Le PAQSS comprend 29 actions d'amélioration concernant la maîtrise du risque infectieux : évaluer la traçabilité du risque ATNC, formation des usagers hors soins en contact avec le patient aux règles d'hygiène, par exemple. Afin de communiquer les résultats, des supports et modalités de diffusion sont établis aussi bien en interne comme en externe auprès des professionnels et des usagers (affichage, réunions institutionnelles, présentations aux instances, par exemple). La CME est informée des résultats des évaluations et des actions proposées au regard, notamment concernant le bon usage des antibiotiques.

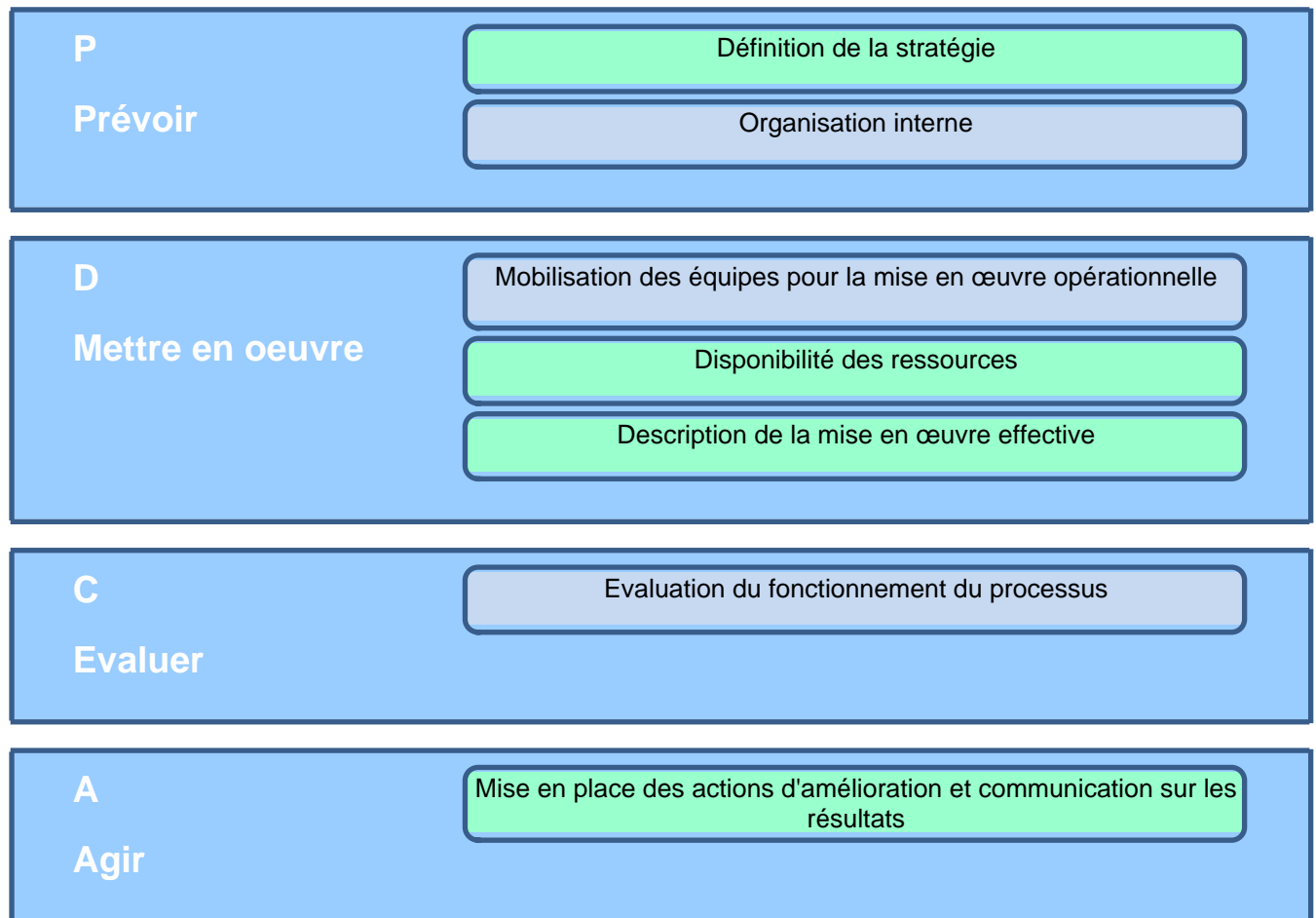
# DROITS DES PATIENTS

## 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 respect des droits des patients est inscrit dans le « Projet d'Etablissement 2016-2020 et notamment le chapitre 6 « Projet Qualité Gestion des Risques ». Le rapport annuel de la Commission des Usagers confirme le respect de ces orientations en lien avec la CDU. Les objectifs d'amélioration sont déclinés dans un programme d'actions systématiquement assorties d'un responsable et d'une échéance. Les risques propres à l'établissement concernant le droit des patients ont été identifiés par un groupe de travail pluridisciplinaire lors de l'élaboration en 2015 des cartographies par processus.

L'actualisation de ces dernières est réalisée périodiquement selon la même méthodologie puis validée par le COPIL Qualité-Gestion des Risques-Certification et présentée aux instances décisionnaires notamment la Commission des Usagers pour ce processus. La volonté des HPM d'associer les usagers à la vie des différents sites et à la démarche de certification est une réalité qui a été confirmée lors de leur rencontre avec les experts-visiteurs. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie à partir des données externes et internes (croisement des EI et des plaintes et réclamations, audits, analyse des questionnaires de satisfaction...).

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont identifiées dans les axes stratégiques arrêtés.

Le compte qualité relatif à la thématique de la bientraitance avait prévu notamment la réalisation d'un audit pour une approche éthique avec les équipes de soins et des audits des pratiques soignantes par rapport à la maltraitance ordinaire dont l'échéance était fixée en décembre 2017. Ces différents audits ont été réalisés selon l'échéance prévue. Leurs résultats ont constitué un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance permettant la mise en place d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS.

Les objectifs d'amélioration sont déclinés dans un programme d'actions systématiquement assorties d'un responsable et d'une échéance.

Le compte qualité sur cette thématique comporte 6 risques dont 5 à surveiller concernant le risque de maltraitance, les directives anticipées, l'absence de remise ou d'explications sur le livret d'accueil, les vols et pertes d'effets personnels et le défaut d'information du patient pour les dommages liés aux soins. Les actions d'amélioration prévues dans le plan d'action de cette thématique ont toutes été réalisées comme cela a été constaté lors de la visite.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est mise en place et le pilotage identifié (en l'occurrence, la Directrice Qualité-Gestion des Risques-Relation avec les Usagers-Communication) pour mettre en œuvre la stratégie de l'établissement. Les rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement concernant les droits des patients sont identifiés.

Le respect des libertés individuelles constitue une préoccupation majeure des HPM identifiée dans l'organisation de la prise en charge et des soins prodigués notamment à travers les différents supports d'information remis au patient, le recueil rigoureux de sa volonté et sa prise en compte (bénéfice-risque, consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées...).

La thématique du recueil des directives anticipées a fait l'objet ces dernières années d'une réflexion, d'une concertation et d'une mobilisation importante au sein de l'institution.

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients sont identifiées et formalisées (transport de dossier, partage d'informations, secret professionnel...).

Le plan de formation institutionnel intègre chaque année des actions de formation liées à la thématique "Droits des Patients" à l'intention d'un public pluriprofessionnel.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des usagers par le biais du livret d'accueil qui fait l'objet d'une présentation par les professionnels lors de l'entrée du patient dans les services. L'accueil des enfants hospitalisés est organisé dans les services concernés et tient compte de la présence en continu des parents.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies, protocolisées et diffusées.

Les ressources documentaires concernant les modalités d'enregistrement du recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins sont à disposition des professionnels.

Les modalités d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont définies et diffusées, le CQ des HPM a prévu d'améliorer l'information concernant cette annonce par la diffusion du guide HAS. Cette action a été finalisée en octobre 2019.

Les locaux de l'établissement, les équipements et la signalisation sont adaptés pour répondre aux besoins et attentes des usagers.

Ainsi sur le site Robert Schuman, l'existence d'un circuit distinct pour l'accueil des patients « allongés » décoré de tableaux fixés au plafond à leur intention démontre la considération dont l'institution fait preuve à l'égard des patients qui lui sont confiés.

## D / METTRE EN OEUVRE

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La forte acculturation des professionnels sur le thème des droits des patients a été remarquée par les experts-visiteurs au cours de la visite. La mobilisation des équipes et la mise en œuvre des orientations liées à la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et au respect des droits des patients ont été constatées lors des rencontres effectuées dans les différents services.

L'appropriation des objectifs retenus sur cette thématique constitue une réalité pour le management et l'encadrement qui se manifestent par leur implication quotidienne et sont des relais qui garantissent la mobilisation des équipes.

Des actions de sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance sont menées régulièrement par la Direction des Soins.

L'encadrement soignant s'assure régulièrement de la conformité des pratiques et fait preuve de vigilance concernant ce sujet.

En cas de non-maîtrise des pratiques constatée ou de non-atteinte des objectifs arrêtés, l'encadrement entreprend systématiquement une recherche active d'amélioration (accompagnement individualisé, tutorat, formation professionnelle..) entraînant une réflexion sur les organisations et les pratiques quotidiennes.

Les équipes ont accès aux résultats des évaluations sur la thématique concernée. Les projets de prise en charge des patients prennent en compte les conditions visant à préserver les libertés individuelles.

Des temps d'échanges collectifs et pluridisciplinaires sont institués afin de permettre une réelle concertation de l'équipe médico-soignante autour des situations des patients et des problématiques rencontrées (consentement, réflexion bénéfice-risque, restriction de liberté, éducation thérapeutique, prise en charge de la douleur....).

Aux HPM, un important travail est mené dans le domaine de l'information du patient qui se traduit au quotidien par la création régulière et la remise systématique de plaquettes informatives sur les droits et les prises en charge spécifiques.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les compétences mises à disposition aux HPM sont en adéquation avec les besoins nécessaires pour assurer le respect des droits des patients et la mise en œuvre des actions retenues.

Au regard des risques retenus, les HPM disposent des compétences nécessaires et d'une politique de sensibilisation interne déclinée par les responsables de l'encadrement (Direction des soins, Cadres de Santé, Infirmières référentes...) et par le service Qualité lors d'interventions spécifiques auprès des services (minute Qualité) sur des thématiques arrêtées comme le droit des patients.

La politique institutionnelle de formation menée au sein des HPM prévoit chaque année dans le plan de formation des actions sur le thème de la bientraitance.

Les locaux sont, dans leur globalité, conformes et adaptés. Les chambres doubles sont toutes équipées de paravents permettant une séparation efficace entre les patients, garantissant, par le biais d'une organisation des soins adaptés, le respect de sa dignité et de son intimité.

La gestion documentaire informatisée permet aux professionnels d'accéder facilement et rapidement aux protocoles et informations diverses que recouvrent cette thématique.

Le livret d'accueil remis à l'arrivée du patient et les explications données permettent l'information de ce dernier sur ses droits et les missions de la Commission des Usagers.

Des dispositions spécifiques et des ressources matérielles favorisent l'accueil des proches quand les conditions le nécessitent.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients constitue une réalité au sein des différents sites comme l'ont démontré les investigations menées sur le terrain.

Les rencontres avec les professionnels des unités de soins et les conclusions issues des différents patients traceurs réalisés démontrent l'implication des équipes dans les enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations de l'établissement.

Cette mobilisation se concrétise sur le terrain par la vigilance de l'ensemble des professionnels pour garantir dans leur activité quotidienne le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, l'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage dès que les situations le nécessitent, la recherche systématique de la participation du patient ou de son entourage dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet thérapeutique, le recueil continu de la volonté du patient (personne de confiance, directives anticipées, consentement éclairé, refus de soin...).

Cette vigilance s'exerce également dans les domaines relatifs à la prise en charge de la douleur, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, l'accès à son dossier, ses conditions d'hébergement afin d'assurer le respect de sa dignité et de son intimité et leur participation à l'évaluation des mesures de restriction de liberté mises éventuellement en place après une réflexion concertée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les modalités d'évaluation du processus "Droits des Patients" sont structurées et opérationnelles. Il existe une évaluation périodique du respect des droits des patients assurée par la structure de pilotage. Des indicateurs internes sont mis en place, suivis et diffusés (nombre de réclamations relatives à la maltraitance, nombre de professionnels formés aux droits des patients, taux de satisfaction des patients concernant la remise du livret d'accueil...). Un bilan annuel est présenté aux instances dont la CDU. Le rapport de cette instance est également élaboré annuellement, diffusé et transmis à la tutelle.

## A / AGIR

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

Les résultats d'évaluation donnent lieu à la mise en place d'actions d'amélioration qui sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins après validation par le COPIL et la Revue de Direction. Les professionnels et les usagers sont informés des résultats des évaluations et des actions initiées qui font l'objet d'une large diffusion sur les nombreux supports déployés au sein de l'entité HPM.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

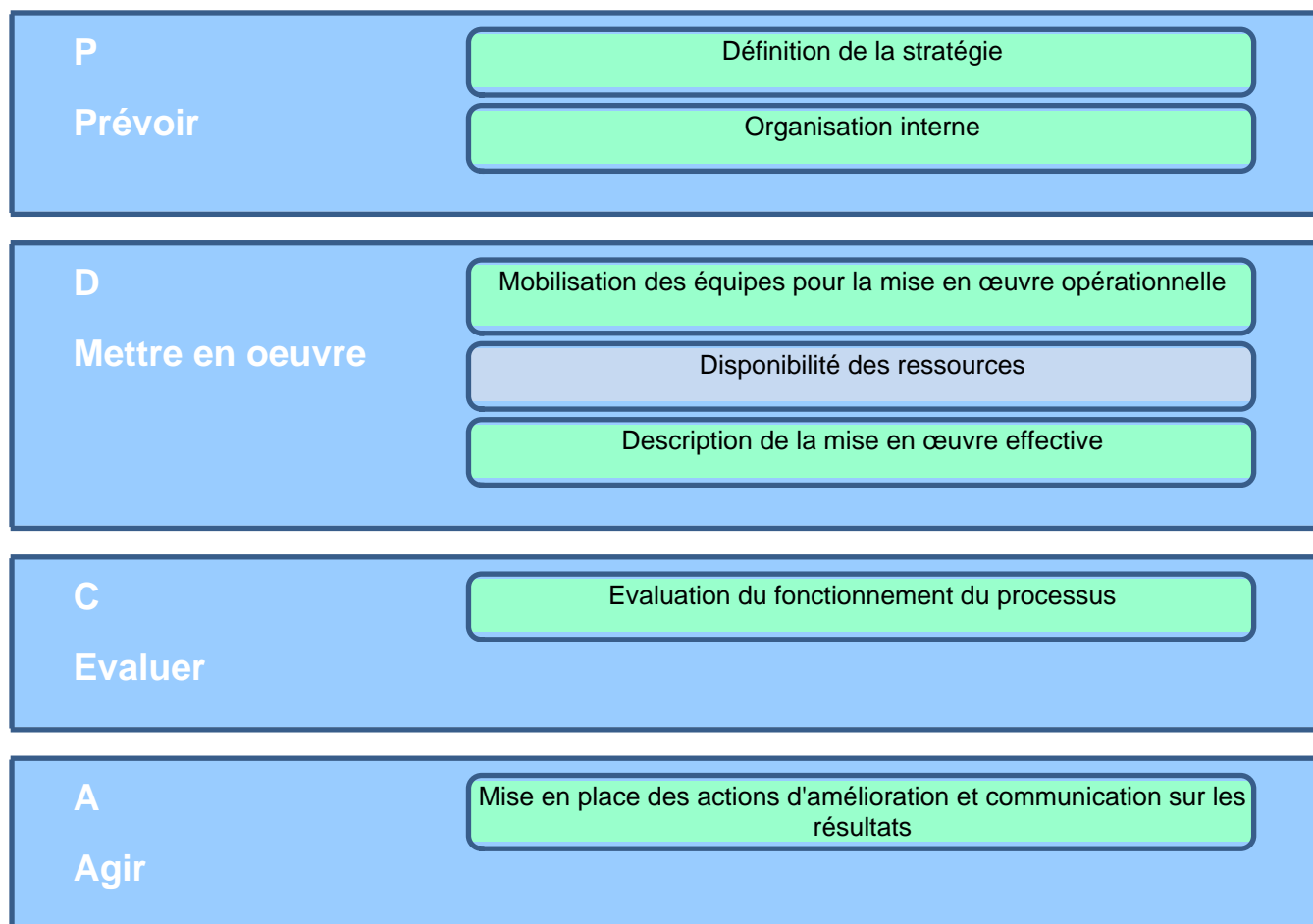
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



|                        |
|------------------------|
| Non défini             |
| Fonctionnement de base |
| Défini                 |
| Maitrisé               |
| Optimisé               |

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les Hôpitaux Privés de Metz (HPM) visent à apporter une offre de soins de proximité pour un bon nombre d'activités autour des problématiques de santé de la population. Le développement de l'offre de soins s'appuie sur l'analyse du besoin de la population, les orientations du territoire et les orientations nationales, l'évolution des spécialités et des techniques de soins, la démographie médicale. Ces axes de développement sont validés avec l'ARS et traduits dans le CPOM.

Les HPM couvrent les principales disciplines médicales et chirurgicales ainsi que les diverses formes d'hospitalisation : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, soins de suite et soins de longue durée.

Les spécialités médicales traitées sont l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie, la néphrologie, le Relais Ville-Hôpital, la diabétologie, la rhumatologie, la tabacologie et l'aide au sevrage, la médecine interne, les soins palliatifs, l'onco-hématologie, la psychiatrie, le court séjour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation et le centre de rééducation.

Les spécialités chirurgicales sont la chirurgie digestive, la chirurgie gynécologique et sénologique, la chirurgie ORL, la chirurgie du rachis, la chirurgie orthopédique, la chirurgie reconstructrice, la chirurgie thoracique, la chirurgie urologique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie ophtalmologique et la chirurgie de la main.

Par ailleurs, des soins à domicile sont proposés : Hospitalisation à Domicile (HAD) et Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Les HPM ont développé des centres de compétences : centre d'étude et de traitement de la douleur chronique, centre de coordination en cancérologie, recherche clinique et éthique.

Des partenariats sont établis avec le centre de compétences des maladies systémiques rares de Nancy Spécialités Chirurgicales ainsi qu'avec l'Association Saint André - ASA Spécialités Transversales.

Le parcours du patient est organisé sur 4 sites géographiques :

\* Robert Schuman avec 268 lits, 41 places et 32 postes. L'ouverture de la phase 2 est prévue dès 2020 avec la mise en place de la digitalisation du parcours patient. Il s'agit d'une solution connectée permettant au patient de préparer son hospitalisation depuis son domicile.

\* Belle-Isle avec 220 lits et 116 places.

\* Sainte Blandine avec 143 lits et 89 places.

\* Sainte Marie : 30 lits de soins de longue durée.

Le parcours du patient est la base du projet médical et du projet d'établissement. Il se décline en filières correspondant à des spécialités médico-chirurgicales de l'établissement. Les filières sont 2 parcours coordonnés : pneumologie et chirurgie thoracique, néphrologie et dialyse...

Le projet médical et de prise en charge des patients, socle du projet d'établissement 2016-2021, s'articule autour des axes suivants :

- Développer la coordination ville-hôpital
- Assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique et sécurisé du patient
- Développer des consultations spécialisées avancées
- Optimiser les filières de soins
- Assurer les permanences de soins
- Optimiser les prises en charge
- Développer de nouvelles pratiques et technologies innovantes
- Renforcer la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Développer des services à domicile
- Faciliter la sortie du patient
- Créer une maison des usagers avec des axes de démarches thérapeutiques.

Le projet de soins développe l'ensemble des orientations des HPM. Il s'associe au projet médical pour satisfaire les besoins en santé de la population et renforcer la participation des usagers et de leurs proches à l'organisation de l'établissement.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées par chaque service selon une trame commune. Dans le Compte Qualité, les risques sont identifiés par parcours patients. L'ensemble des données a été colligé, hiérarchisé et validé en COPIL Qualité pour former la cartographie des risques. Y figurent également le bilan des événements indésirables et les résultats des indicateurs QSS et/ou internes à l'établissement. Ce travail a permis d'identifier un plan d'actions articulé avec le PAQSS et le Compte Qualité.

L'information est diffusée aux professionnels. Les HPM ont développé un important réseau de communication. HPNEWS est leur site d'information interne qui propose des publications hebdomadaires d'actualités, une rubrique parcours, l'évolution de la construction HRS 2 et des informations pratiques. La communication passe également par des vidéos, des tutoriels réalisés par des professionnels pour acteurs. Le canal qualité, les jeux concours et des ateliers de sensibilisation sous un format ludique Escape Game sont également proposés.

## ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du parcours du patient dans les HPM. Les pilotes du processus sont le directeur, le président de la CME et les responsables des soins. Ils connaissent leurs missions. Le pilotage est relayé dans les services par les équipes médicales et soignantes. Un coordonnateur général des risques associés aux soins est nommé.

Des réunions de travail direction/président de la CME ont lieu tous les mardis. Des référents CLAN, CLUD, CLIN sont en place dans les services.

Les ressources humaines nécessaires pour les différents types de prises en charge sont identifiées en fonction des besoins, de l'organisation et du fonctionnement au regard de la réglementation.

Les besoins en compétences spécifiques sont identifiés : soins palliatifs, douleur, éducation thérapeutique, IDE coordonnatrices, IDE gestion des flux...

Un plan de formation institutionnel est défini. La formation des nouveaux arrivants médicaux et non médicaux est organisée. Sont prévus la journée des nouveaux embauchés et un cycle de formation pour les IDE et les AS en 3 sessions plus une session « jfor4 » commune aux IDE et AS. Par ailleurs, l'ensemble des paramédicaux bénéficient d'un cycle de formation organisé 2 fois par an.

Des minutes qualité sont également proposées sur différentes thématiques.

Pour les internes, une journée d'accueil est organisée systématiquement chaque semestre. Un tutorat est mis en place lors de la prise de poste.

Des programmes ETP sont organisés, autorisés par l'ARS et déployés dans les différents secteurs en fonction des prises en charge spécialisées : maladies respiratoires chroniques, douleurs chroniques, maladies métaboliques.....HPM est organisme formateur pour l'éducation thérapeutique.

Les besoins en documents ont été identifiés sur l'ensemble des étapes du parcours patient.

Des documents d'information des patients et des usagers sont identifiés : livret d'accueil, livrets spécifiques des unités de soins, informations sur les prises en charge pour différentes pathologies.....

Les locaux et matériels sont adaptés à la prise en charge des patients.

L'accès aux différents logiciels est organisé sur tous les sites. Les procédures nécessaires sont identifiées.

Il existe un système de garde et d'astreinte médicale et paramédicale 24h/24. Des tableaux de présence sont affichés et connus. Les mesures d'accompagnement et d'aides à la prise en charge des personnes âgées sont prévues et définies. La gestion des circuits du patient est organisée depuis son admission soit par les services des urgences du CHR de Mercy soit sous forme d'admissions programmées, tout au long du séjour entre les différents secteurs cliniques, médico-techniques, administratifs jusqu'à sa sortie.

L'association des HPM a signé plus de 300 conventions avec l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales du territoire de santé. Son panel de spécialités et ses équipes mobiles (HAD, SSIAD transitionnel, équipe mobile de soins palliatifs) permettent de tisser des liens pérennes avec ces structures.

Ces liens se concrétisent par des consultations avancées, des mises à disposition de compétences, des entraides ou des interventions ponctuelles à la demande, permettant d'assurer une continuité de soins. Il existe un dispositif de gestion des lits centralisé par site. La fonction transport des patients est opérationnelle. Les commissions fonctionnent et se réunissent régulièrement.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les HPM fonctionnent en filière médico-chirurgicale permettant d'assurer une prise en charge globale des patients.

Les 5 axes définis dans le projet de soins sont formalisés et hiérarchisés dans les projets de chaque secteur d'activité par des actions concrètes et réalisables :

AXE 1 - Coordonner l'intervention des professionnels de santé afin de programmer au sein des HPM une prise en charge adaptée aux besoins.

AXE 2 - Favoriser l'implication du patient et de son entourage dans la prise en charge de sa pathologie

AXE 3 - Poursuivre la déclinaison de la politique de soins dans une démarche qualité et favoriser le développement de la culture du risque

AXE 4 - Accompagner l'encadrement et les acteurs dans l'appropriation de leurs différentes missions afin de développer les compétences collectives et individuelles

AXE 5 - Faire évoluer les soins en lien avec la politique de santé et les nouvelles technologies

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle s'appuie sur des plans d'actions spécifiques par service suivis par l'encadrement, le COPIL qualité et la CME.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs prioritaires d'amélioration lors des réunions des instances, de cadres et d'équipe. Ils sont impliqués dans la réalisation des actions spécifiques à leur secteur.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques grâce notamment aux évaluations, audits et suivis d'indicateurs. Les résultats des audits sont partagés avec les professionnels pour identifier et mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires. Des groupes de travail avec les professionnels concernés sur les thèmes retenus et leurs modalités d'application sont en place : comité éthique...Des programmes

EPP sont mis en œuvre dans les services concernés. La participation des équipes au traitement des EI et à la recherche de l'analyse des causes en RMM, RCP et/ou CREX est effective sur de nombreux services.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et paramédicales sont disponibles dans les services. Les compétences requises dans le cadre d'une nouvelle activité font l'objet d'une définition précisée dans une fiche de poste validée. Les formations nécessaires sont alors identifiées et mises en œuvre. Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés. Les ressources en compétences sont adaptées aux besoins des HPM à l'exemple de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs sur appel dans tous les services. 1 IDE ressource douleur intervient à 0,50 ETP.

La formation des professionnels est effective et repose sur un plan de formation. La formation concerne des thèmes variés comme par exemple l'urgence vitale, la prise en charge de la douleur...

Les documents sont mis à disposition des professionnels sur un intranet accessible sur tous les sites. Ils sont régulièrement actualisés.

HPM a formalisé des processus de prise en charge, des guides de bonnes pratiques en fonction des besoins et des risques, spécifiques (prise en charge HAD, handicap...). Ils sont référencés dans le système documentaire à la disposition des professionnels.

Le service communication met également en forme une documentation à l'attention des équipes soignantes et des patients. Ces documents concernent les pathologies, les traitements et les prises en charge afférentes. Citons les incollables de la certif' avec un guide de bonnes pratiques à l'usage des infirmiers, l'arrêt cardio-vasculaire en milieu hospitalier, la prise en charge de la douleur...

Ces documents sont actualisés en fonction des recommandations et de la réglementation.

Les locaux et équipements sont adaptés aux activités de l'établissement. A noter que le site Robert Schuman ouvert en 2013 présente une architecture et des locaux particulièrement adaptés aux parcours du patient et aux filières de soins. L'ouverture de son extension est prévue à courte échéance. Les autres sites, bien que plus anciens, sont fonctionnels et prennent en compte les spécificités des différents profils des patients. Les ressources matérielles sont adaptées et disponibles pour la prise en charge des patients en tenant compte des spécificités de chaque service. Un matériel d'urgence opérationnel et homogène est disponible.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient repose sur un accueil organisé et structuré que ce soit en médecine, chirurgie, SSR, santé mentale, HAD et soins de longue durée. L'unité de soins de longue durée est certifiée ISO 9001 pour l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des résidents et des patients et de leurs familles en EHPAD et en USLD. L'objectif énoncé est d'assurer aux résidents et aux patients les soins, le bien-être et la sécurité. Les HPM ne disposent pas d'un service d'urgence.

Les admissions urgentes sont toutes programmées ou négociées avec le service des urgences du CHR de Mercy.

Par ailleurs, le service de relais ville-hôpital (RVH) permet d'accueillir sur le site Robert Schuman les patients non programmés sur demande d'un médecin traitant.

Il s'agit d'un service où des patients qui ont été hospitalisés dans l'établissement ou qui sont adressés par des médecins traitants sont accueillis par un médecin généraliste. Le médecin évalue l'état de santé avec biologie, imagerie, intervention du spécialiste adéquat et hospitalisation si besoin.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective. Le patient est identifié au moyen d'un bracelet dans bon nombre de services. En dialyse, le dossier du patient comporte sa photo (avec son accord).

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Elle est tracée dans le dossier du patient et comprend les éléments spécifiques nécessaires : dépistage des troubles nutritionnels, de la douleur..... Elle est associée à une information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé.

L'accueil des patients dans les services est réalisé selon des modalités définies : remise du livret d'accueil, accueil par un personnel identifié qui procède également au recueil des données tracé dans une macro cible d'accueil.

En santé mentale, la prise en charge des patients comprend systématiquement un volet somatique avec un bilan biologique, un électrocardiogramme et un avis de spécialiste si besoin.

Un projet de soins personnalisé (projet de vie en SLD) est défini en concertation avec le patient et/ou son entourage, intégrant la réflexion bénéfico-risque. L'évolution de l'état de santé et des constantes tracées dans le dossier permet la réévaluation de ce projet de soins.

Des contrats de soins sont signés dans certains services en fonction des pathologies traitées, en psychiatrie notamment.

Les activités de soins de suite et de réadaptation existent aux HPM. Une balnéothérapie est intégrée dans ces activités si la prise en charge du patient le nécessite.

Les règles de présence sont définies et un système de garde et astreinte pour assurer la permanence des soins 24h/24 est opérationnel : sur chacun des sites Robert Schuman, Belle-Isle et Sainte Blandine, un interne est présent sur place la nuit et le week-end. Pour chaque spécialité un médecin senior est d'astreinte. Pour le site Sainte-Marie(SLD), un gériatre assure une astreinte.

Cependant, les restrictions de liberté ne font pas systématiquement l'objet d'une prescription médicale



écrite, réévaluée à périodicité définie. Dans l'Unité de Soins Longue Durée du site Ste Marie, l'expert-visiteur a constaté que la prescription médicale de la contention précisant la motivation et la durée n'était pas tracée ainsi que sa réévaluation. Le patient traceur réalisé dans ce service a confirmé ce constat.

Par ailleurs dans le service SSR du site Ste Blandine, l'expert-visiteur a constaté que la contention ne fait l'objet que d'une traçabilité hebdomadaire, ce qui a été confirmé par le cadre du service.

Suite à ces constats, l'établissement a initié une réflexion et produit un mode opératoire rendant la réévaluation et sa traçabilité incontournables au delà de 24h. La pérennité et la fiabilité du dispositif n'ont pu être évaluées lors de la visite.

Un dispositif de prise en charge des urgences vitales est en place avec une formation des professionnels et du matériel d'urgence scellé, vérifié avec traçabilité.

Pour chaque spécialité, des réunions pluri professionnelles ou de concertation pluridisciplinaires sont organisées périodiquement.

Les troubles nutritionnels sont dépistés et suivis. Les diététiciens sont impliqués dans la prise en charge des patients quelle que soit la spécialité. La traçabilité du poids, de la taille et de son évolution est devenue systématique dans tous les dossiers patients (champ bloquant). Cette action a permis d'améliorer l'IQSS sur ce thème.

La prise en charge de la douleur est assurée dès l'admission du patient et évaluée tout au long du séjour comme constaté dans l'indicateur QSS (champ bloquant dans le dossier du patient).

Des soins alternatifs sont proposés : hypnose, sophrologie...

Le risque suicidaire est pris en compte dans la prise en charge des patients. Lorsque ce risque est repéré, les professionnels mobilisent les psychiatres du service de santé mentale qui se déplacent.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, des dispositions spécifiques existent. En oncologie par exemple, il est utilisé la grille G8 pour prise de RV en consultation oncogériatrique approfondie.

L'éducation thérapeutique est un axe fort du projet médical.

Actuellement 6 programmes d'éducation thérapeutique sont déployés :

- Vivre avec une BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) asthme IRC ou SAS
- Prévention secondaire des maladies cardiovasculaires athéromateuses
- Mieux vivre avec une insuffisance cardiaque
- Mieux vivre avec un diabète de type 1
- Mieux vivre avec un diabète de type 2
- Troubles bipolaires

Par ailleurs, des actions d'information sont développées autour des pathologies concernées avec des documents formalisés par les équipes en collaboration avec le service communication. Citons le parcours chirurgie bariatrique, les passeports de soins en prise en charge programmée en cardiologie, en HAD ou parcours de récupération améliorée après chirurgie en chirurgie orthopédique, en pneumologie...programme de suivi personnalisé après traitement en oncologie, passeport ambulatoire...

Le programme personnalisé de soins est un document informatif simple, établi suite au bilan initial. Il est destiné à informer, faciliter la transmission des informations entre les différents professionnels de santé rencontrés. Il comprend le plan théorique de traitement, les noms et coordonnées ainsi que les conseils et conduites à tenir. Ces documents sont remis lors de la consultation d'annonce réalisés par les IDE coordonnatrices en oncohématologie.

La sortie du patient est organisée et prend en compte la continuité et la sécurité des soins.

L'indicateur QSS relatif à la qualité de la lettre de sortie fait l'objet d'actions d'amélioration pour donner les éléments essentiels de suivi de prise en charge et atteindre l'objectif fixé.

Une lettre de liaison provisoire ou définitive est remise au patient le jour de sa sortie. Cette lettre est réalisée à partir des différents éléments saisis lors de la prise en charge du patient et incrémenté directement dans le document de sortie. L'ensemble de ces éléments ont été observés dans les patients traceurs et au cours des visites de terrain.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de la qualité et de l'efficacité des parcours des patients est assuré. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse des données issues des secteurs d'activité ainsi que sur la base des évaluations réalisées à l'échelle des HPM telles que les évaluations de pratiques professionnelles, les audits et le suivi d'indicateurs internes et QSS.

Parmi les indicateurs internes figurent le nombre de programmes d'ETP validés par l'ARS, le taux de transmissions ciblées retrouvées à l'admission, le nombre de réunions RCP, le nombre d'évaluations de l'état nutritionnel réalisées par les diététiciennes...

Des audits sont réalisés notamment l'audit organisation des soins proposé chaque semestre. Cet audit cible les points à risque de la prise en charge des patients en ce qui concerne le management de la qualité et des risques, la gestion du risque infectieux, la prise en charge de la douleur, l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, le management de la prise en charge médicamenteuse du patient et la biologie médicale & imagerie. En novembre 2018, 32 services ont été audités sur 3 sites. Il en ressort des résultats positifs.

Il existe également un audit sur la traçabilité de la douleur, sur les PCA dans tous les services, sur la traçabilité du risque d'escarre à l'admission.

Des EPP sont suivis ; on peut citer : les patients traceurs développés sur l'ensemble des sites des HPM, le programme ETP troubles bipolaires validé par l'ARS en juin 2018, la prise en charge des patients hémodialysés, l'analyse et la prévention des chutes de patients...

Des RMM/RCP sont régulièrement organisés dans les services concernés (277 RCP en 2018).

Des rapports d'activité sont produits. La satisfaction des usagers est évaluée en lien avec la Commission des Usagers : enquêtes i-satis/e-satis au moyen des questionnaires de satisfaction avec un taux de 26,4 % en 2018, des taux de satisfaction des résidents et familles de 90,10 % en 2018. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet aux HPM de mesurer l'efficacité du processus parcours du patient. Ces évaluations périodiques sont exploitées pour identifier les actions correctives. Il existe un suivi global des plans d'actions actualisé.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration, en lien avec les résultats d'évaluation, sont intégrées au PAQSS qui comporte un chapitre spécifique à ce processus décliné en un plan d'actions assorti d'un calendrier de mise en œuvre. La mise en place des actions est effective. Les plans d'actions sont intégrés dans un PAQSS institutionnel validé en COPIL Qualité. Les actions d'amélioration mises en place suite aux EI notamment font l'objet d'une information préalable auprès des personnels concernés et sont suivies d'une évaluation afin d'en mesurer l'efficacité. La communication est organisée dans les réunions d'équipes, le COPIL Qualité, la CME, le journal interne et l'intranet. La communication des résultats des indicateurs QSS pour les usagers se fait par l'intermédiaire d'affichage dans le hall d'accueil des HPM et sur les télévisions d'information.

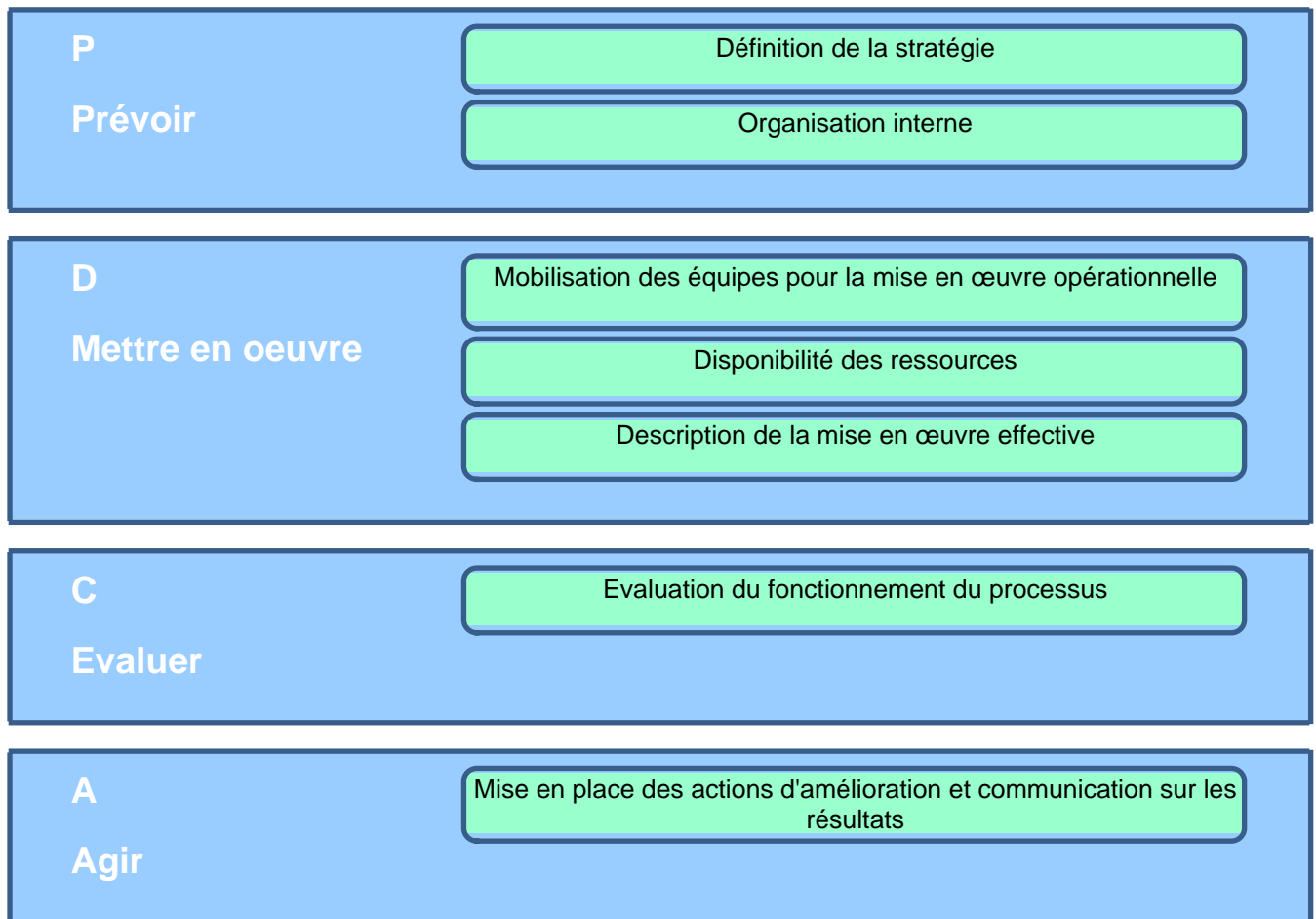
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les Hôpitaux Privés de Metz (HPM) ont formalisé une « politique qualité-gestion des risques dossier patient » en novembre 2019. L'établissement a défini 8 objectifs : améliorer la disponibilité du dossier d'hospitalisation, harmoniser la tenue du dossier patient au regard du projet d'informatisation, permettre la coordination de la prise en charge entre professionnels, par exemple.

Par ailleurs, le schéma directeur informatique figurant au Projet d'Établissement (2016-2021) aborde les dispositions concernant le logiciel informatique « dossier patient » afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient (déploiement d'outils informatiques métiers partagés, favoriser la mise en place d'outils commun structurants permettant la collaboration des équipes, par exemple).

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées par un groupe de travail pluriprofessionnel. Pour identifier ces risques l'établissement s'est appuyé sur une grille générique reprenant différents items (création du dossier patient, assurer la communication des éléments du dossier entre l'ensemble des professionnels, par exemple).

Les 3 principaux risques identifiés figurent au Compte-Qualité : retard de rédaction du courrier de sortie, coexistence de support papier/informatique, non communication du dossier d'anesthésie entre professionnels. Ces risques sont hiérarchisés, des objectifs sont fixés et un plan d'action avec échéancier et modalités de suivi sont réalisés. Les actions d'amélioration portées au Compte-Qualité figurent dans le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la politique de gestion du dossier patient est assuré par le Directeur des systèmes d'information qui travaille en étroite collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM), la responsable des archives et la direction des soins. L'informatisation du dossier patient aux HPM a débuté en 2011 avec un déploiement progressif. Le dossier informatisé (dans sa partie dossier de soin) est la référence de la prise en charge du patient. Il est installé sur l'ensemble des structures, permettant une communication entre les professionnels participant à la prise en charge.

Un dossier papier est constitué dès l'entrée et alimenté tout au long de la prise en charge par l'ensemble des professionnels. L'archivage centralisé des dossiers est organisé sur les différents site des HPM. Les accès au dossier et les responsabilités des utilisateurs sont déterminés. Les règles d'accès du dossier sont gérées au niveau du service informatique en fonction du statut du professionnel avec des droits d'accès complets ou restrictifs. L'accès au logiciel se fait par login/mot de passe (dispositif Single Sign-On : authentification unique). Une charte informatique rappelant les règles de confidentialité, notamment, est définie et soumise à signature auprès de tous les professionnels. L'établissement organise la formation de tout nouvel utilisateur, qui s'engage aux respects des règles de tenues et de consultation du dossier (mise à disposition de supports, tutorat par les paires, par exemple). Afin d'optimiser cet axe de sensibilisation, l'établissement a mis en place des journées de formation (JFOR) qui s'adressent aux nouveaux arrivant mais aussi aux professionnels travaillant dans l'établissement depuis plusieurs années. Le dispositif de gestion documentaire intégrant les procédures validées est structuré.

Des informations sur le droit d'accès figurent dans le livret d'accueil. Un protocole de « communication du dossier patient hors HPMetz » est formalisé et diffusé. Les délais règlementaires d'accès au dossier sont suivis et communiqués à la Commission Des Usagers et figurent dans son bilan annuel.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les deux secrétaires « référentes métiers », organisent la déclinaison de la démarche du dossier patient de sa constitution à son archivage auprès des secrétaires médicales.

Le groupe de pilotage du dossier patient (logiciel dossier patient informatique), les cadres de santé (secteur utilisant un logiciel métier) déclinent la stratégie portée par l'établissement.

Ils sensibilisent et informent régulièrement les professionnels sur la gestion du dossier et les améliorations mises en œuvre.

Les dysfonctionnements observés par l'encadrement font l'objet d'action correctrices, à l'échelle du service, ou de l'établissement selon l'ampleur. Le déploiement de plusieurs patients traceurs a participé à la sensibilisation des équipes sur l'importance de la bonne tenue du dossier patient. Un audit institutionnel (semestriel) sur l'organisation des circuits et sur les bonnes pratiques permet de mesurer l'appropriation par les professionnels des recommandations portées par l'établissement en matière de tenue du dossier. La responsable des archives se saisit des événements indésirables concernant le circuit des archives pour améliorer l'efficacité de cette organisation.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sensibilisés à l'utilisation du dossier disposent de documentation via la gestion documentaire de l'établissement : gestion des anomalies d'identité du patient, mode dégradé en cas de panne des logiciels, et accès dossier hors ouverture archives, par exemple. Des équipements adaptés à la gestion du dossier patient sont en place. Les postes de soins, les bureaux médicaux et espaces d'activités sont dotés d'ordinateurs fixes ou mobiles en nombre nécessaire à l'activité. Les dossiers papiers sont conservés dans les salles de soin, ces espaces sont fermés à clé.

Une fois la prise en charge terminée dans les unités de soins, les secrétaires médicales font le lien avec les archivistes. Les archivistes se rendent tous les jours au niveau des secrétariats de chaque unité de soin pour réceptionner les dossiers et ensuite les ranger aux archives. Ces locaux spécifiques à l'archivage sont adaptés et sécurisés, notamment sur les sites de Robert Schuman et Belle île.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels accèdent au dossier patient en s'identifiant au moyen d'un login/mot de passe ou de leur badge d'identification.

Lors de l'admission du patient aux heures d'ouverture du bureau des admissions, le dossier administratif est constitué par les personnels dédiés (dossier informatisé) : une vérification de l'identité est effectuée (copie de la pièce d'identité scannée dans le dossier informatisé).

Les infirmières accueillent ensuite le patient et vont ouvrir le dossier patient informatisé (interface bidirectionnelle entre le logiciel administratif et le dossier patient informatisé effective).

L'établissement attribue un Identifiant Personnel Patient unique (IPP) à chaque patient.

Un dossier papier est ensuite créé par la secrétaire sur lequel une étiquette d'identification patient est appliquée.

Les infirmières complètent le dossier informatisé avec les données issues de l'entretien infirmier.

Le projet de soins est défini avec le médecin. Il est le plus souvent tracé dans les observations médicales papier. Les prescriptions médicales entourant la prise en charge (traitement médicamenteux, prescription de soins spécifiques, demande d'intervention des professionnels paramédicaux) se réalisent sur le dossier informatisé. La grande partie des observations des professionnels infirmiers et aides-soignants relatives à la prise en charge du patient figurent dans le dossier patient informatisé, ce qui a été constaté lors des investigations terrain et la réalisation des patients traceurs.

Le dossier patient reste majoritairement papier (volet médical, volet paramédicaux) avec une constitution de différents éléments et supports de traçabilité selon le service de soins.

Les dossiers sont hétérogènes d'un service à l'autre puisque les règles de tenue ne définissent que le « contenant » du dossier et très partiellement le contenu.

L'alimentation par l'ensemble des professionnels du dossier (papier ou informatique) permet une bonne coordination et garantit la continuité des soins.

La gestion électronique des documents est accessible à tous les professionnels. Les dispositions relatives à l'utilisation en mode dégradé (sans logiciel) sont connues des professionnels.

Les courriers des correspondants extérieurs sont classés dans le dossier papier du patient. Aucun document n'est scanné dans le dossier informatisé.

Les interfaces avec la pharmacie sont effectives pour la gestion du traitement médicamenteux. Les résultats biologiques sont intégrés dans le dossier informatique, mais aussi édités systématiquement et classés dans le dossier papier. Après la sortie du patient, le dossier est transmis au secrétariat médical puis est versé aux archives centrale de chaque site.

Le processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est mis en œuvre par les infirmiers. Lors des admissions du patient, le livret d'accueil est remis au patient. Les professionnels apportent des compléments d'information et des précisions si le patient le souhaite. Le dispositif d'accès du patient à son dossier est opérationnel.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les patients traceurs réalisés par l'établissement permettent également de mesurer la qualité des informations recueillies et la bonne tenue du dossier. L'établissement réalise plusieurs audits (lettre de sortie, audit transmissions ciblées, notamment). En 2018, 2 événements indésirables ont été signalés concernant l'archivage et 3 EI sur la tenue du dossier.

Les indicateurs hôpitaux numériques sont recueillis. Un indicateur sur le nombre des « courriers apicryptés » (utilisation de la messagerie sécurisée Apicrypt) est suivi dans l'établissement.

L'accès du patient à son dossier est assuré. Le bilan de la CDU fait mention de 465 demandes de dossier médical sur l'année 2018. Le délai de réponse est de 5,96 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et de 7 jours pour les dossiers de plus de 5 ans.

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

Le PAQSS de l'établissement comprend 12 actions d'amélioration sur la thématique du dossier patient : informatisation du dossier des patients hospitalisés en SSR, développer des courriers types, communiquer les projets auprès de la CME, par exemple. La responsable des archives a établi son propre tableau de suivi des actions qui doivent être mises en œuvre. Ces actions sont validées et suivies par le service Qualité avec un calendrier formalisé. La communication est réalisée au niveau des instances de l'établissement et auprès des professionnels par l'encadrement.

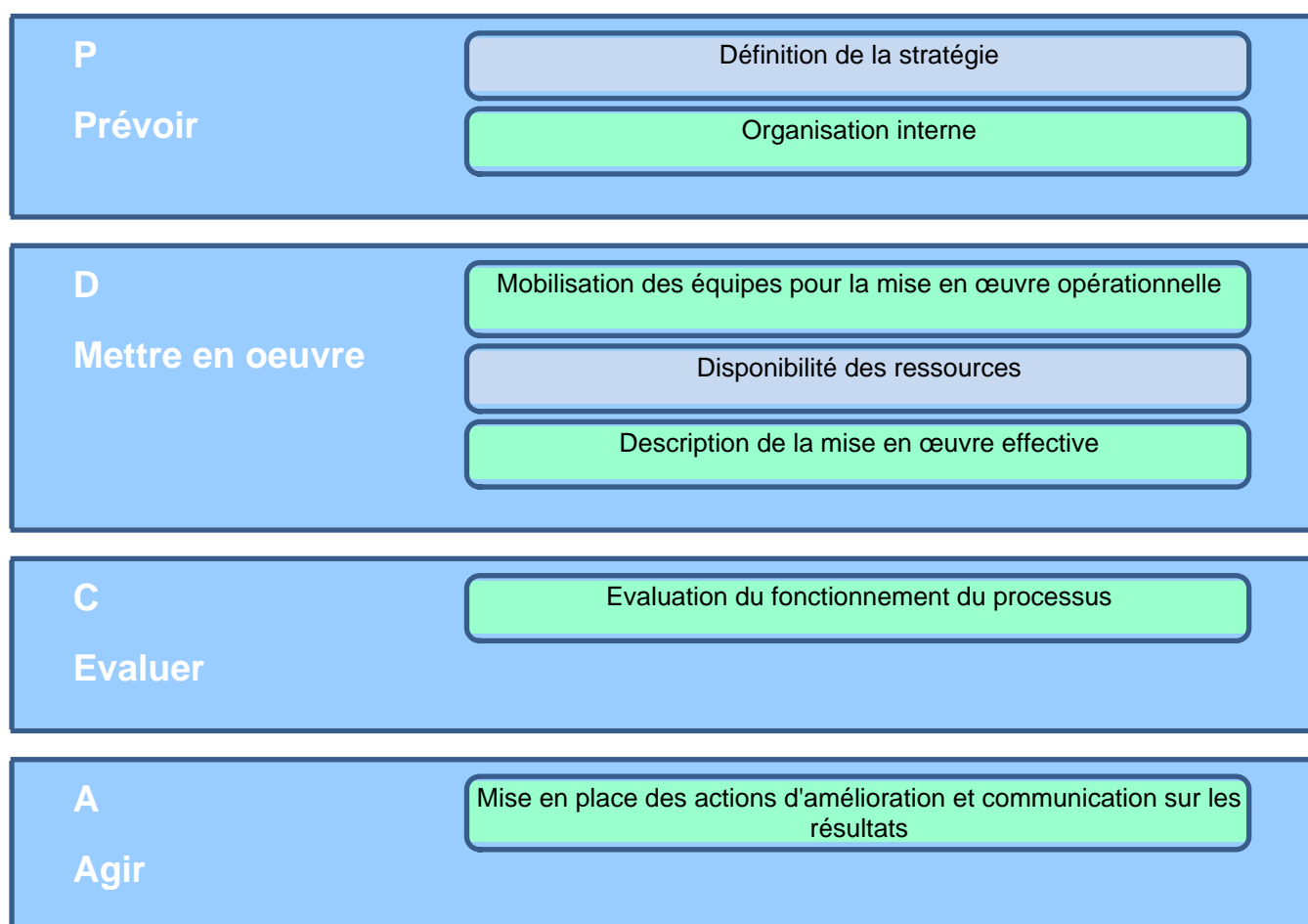
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les Hôpitaux Privés de Metz (HPM) disposent d'une PUI avec URC sur le site Belle-Isle (HBI) et d'une annexe sur le site Robert Schumann (HRS). Un pharmacien gérant assure la chefferie de service pour ces 2 sites. Il est prévu de rapatrier l'ensemble des activités sur le site Robert Schumann d'ici un an.

La politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient pour les HPM cible plusieurs axes : organiser la structure qualité et gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse, mettre en place un manuel qualité et un système documentaire, former les professionnels, cartographier les risques, structurer la déclaration des erreurs médicamenteuses, définir des plans d'action. Il existe également une politique d'amélioration de la qualité de la prescription concernant la personne âgée.

Une cartographie des risques globale (intégrant le secteur des chimiothérapies) a été remise en jour en pluridisciplinarité. Par ailleurs, une autre cartographie des risques sur la prise en charge médicamenteuse au niveau des services de soins est effectuée tous les 2 ans et a permis d'alimenter la cartographie globale.

Les risques priorités dans le compte qualité sont issus notamment d'une cartographie des risques réalisée en pluridisciplinarité remise à jour régulièrement, des résultats d'audits, des exigences réglementaires, etc... Ces risques priorités sont au nombre de 19 dont certains spécifiques aux stupéfiants, aux chimiothérapies, à l'HAD et d'autres plus généraux comme la gestion du traitement personnel du patient. Pour chaque objectif, les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi sont définis. Les priorités relatives au médicament sont intégrées au programme qualité gestion des risques (PAQSS) et validées par les différentes instances. Elles sont communiquées auprès des professionnels. La dernière visite de l'inspection en pharmacie date de 2015 et les HPM avaient répondu aux exigences formulées de l'ARS en lien avec la mise en place de l'arrêté du 6 avril 2011.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a prévu les ressources humaines en lien avec l'activité, de même que les formations afférentes. Un responsable du circuit du médicament est identifié.

La permanence pharmaceutique pour les besoins urgents, la nuit et le week-end est assurée. Les pharmaciens effectuent des astreintes pour l'ensemble des HPM avec déplacement si nécessaire pour dispensation de médicaments ou dispositifs médicaux urgents et reconstitution de chimiothérapie en urgence avec des kits de reconstitution en système clos.

Des procédures et protocoles existent pour le secteur de préparation des chimiothérapies. La base de données médicamenteuses est intégrée dans le logiciel de prescription. Des alertes pharmaceutiques sont envoyées aux médecins via le dossier informatisé du patient. Les ressources matérielles sont adaptées, fonctionnelles et entretenues.

Les locaux de la PUI et de son antenne sont conformes et sécurisés ainsi que l'unité de reconstitution des cytotoxiques localisée au sein du service d'onco-hématologie sur le site HBI.

Les transports des médicaments sont sécurisés (transport des médicaments vers les services de soins et transport hors site de production des préparations de chimiothérapie) avec des horaires réguliers et définis de navettes. Pour les produits thermosensibles, des pochettes isothermes sont utilisées avec un encart pour sensibiliser les IDE à ranger rapidement le médicament dans les réfrigérateurs.

Les coffres à stupéfiants dans les unités de soins sont sécurisés. Des réfrigérateurs sont présents dans unités de soins avec contrôle température et traçabilité. Différents systèmes co-existent : relevé papier journalier, report de l'alarme de la sonde thermique sur le DECT ou aux services techniques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les cadres des services sensibilisent leurs équipes sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse via les réunions de service et les transmissions. Des retours d'informations sont réalisés par les différents pharmaciens, les cadres de santé. Les IDE sont sensibilisés à l'importance de la vérification de l'identité du patient avant administration et de déclarer des erreurs médicamenteuses.

Les pharmaciens s'assurent de la conformité des pratiques et des procédures par rapport aux dispositions prévues. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont réalisés avec les professionnels et des actions correctives sont identifiées. Les professionnels déclarent les EI relatives aux erreurs médicamenteuses dans le logiciel de FEI dédié. Les équipes sont mobilisées lors de comités de retour d'expérience organisés suite aux déclarations.



## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées (effectif, formation). Elles sont conformes au niveau d'activité des services. Les formations sont effectives avec un focus sur la sécurisation du circuit du médicament et la gestion des risques. Les nouveaux arrivants dont les internes en médecine sont sensibilisés sur la prise en charge médicamenteuse par le pharmacien gérant ou d'autres pharmaciens lors de différentes journées de formation (JFOR) : nouveaux arrivants et personnels déjà en poste. Certains préparateurs ont été spécifiquement formés à la préparation de médicaments cytotoxiques.

La permanence pharmaceutique pour les besoins urgents, la nuit et le week-end est assurée. Les pharmaciens effectuent des astreintes pour l'ensemble des HPM avec déplacement si nécessaire pour dispensation de médicaments ou dispositifs médicaux urgents et reconstitution de chimiothérapie en urgence avec des kits de reconstitution en système clos.

Les documents et procédures sont disponibles et accessibles par les professionnels dans la gestion documentaire informatisée (liste des médicaments écrasables, PCA morphine, utilisation du MEOPA, fiches de bon usage dont certains médicaments injectables à diluer type kétamine, etc).

La base de données médicamenteuses est intégrée dans le logiciel de prescription. Des alertes pharmaceutiques sont envoyées aux médecins via le dossier informatisé du patient.

Les ressources matérielles sont adaptées, fonctionnelles et entretenues.

Les locaux de la PUI et de son antenne sont conformes et sécurisés ainsi que l'unité de reconstitution des cytotoxiques localisée au sein du service d'onco-hématologie sur le site HBI.

Les transports des médicaments sont sécurisés (transport des médicaments vers les services de soins et transport hors site de production des préparations de chimiothérapie) avec des horaires réguliers et définis de navettes. Pour les produits thermosensibles, des pochettes isothermes sont utilisées avec un encart pour sensibiliser les IDE à ranger rapidement le médicament dans les réfrigérateurs.

Les coffres à stupéfiants dans les unités de soins sont sécurisés. Des réfrigérateurs sont présents dans unités de soins avec contrôle température et traçabilité. Différents systèmes co-existent : relevé papier journalier, report de l'alarme de la sonde thermique sur le DECT ou aux services techniques.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Le contrôle des péremptions est réalisé de manière régulière dans les services de soins par les IDE. La réception des médicaments et des dispositifs médicaux est tracée systématiquement par l'IDE sur un formulaire spécifique.

Les retraits de lots de médicaments sont effectués si nécessaire en cas d'alerte de pharmacovigilance par la cadre de santé ou les IDE. La traçabilité de la vérification des températures des réfrigérateurs est réalisée de manière régulière. Les chariots d'urgence sont présents dans les services de soins et vérifiés.

La prescription médicamenteuse est informatisée dans la plupart des services de soins (certains services informatisés très récemment ou d'autres ont encore des prescriptions papier).

Il existe un dossier patient informatisé (DPI) principal.

D'autres logiciels métiers existent notamment en réanimation, dialyse, HAD (et EHPAD) interfacés avec le DPI principal ou en cours d'interfaçage.

Contrairement à la première visite de certification V2014, il n'y a plus de paramétrage dans l'outil de prescription informatisée pour permettre la saisie des prescriptions de médicaments en mode délégation par les IDE. Lors de la visite, les experts-visiteurs ont pu vérifier qu'il s'agissait bien des médecins qui prescrivaient directement les médicaments dans le DPI.

Par ailleurs, les anesthésistes prescrivent désormais les médicaments dans un logiciel métier dédié lors des consultations de pré-anesthésie et les prescriptions médicamenteuses sont ensuite déversées dans le DPI principal où il n'y a pas de perte d'informations.

Pour les lits en DHIN ou dispensation mensuelle en USLD, l'analyse pharmaceutique est systématique. Pour les lits en dispensation globale, l'analyse pharmaceutique est priorisée avec calcul d'un score de priorisation. Les ordonnances sont analysées par les pharmaciens avec un niveau 2 selon la Société Française de Pharmacie Clinique.

Dans le service de réanimation, l'informatisation du dossier patient est en cours. Les pharmaciens ne valident pas pour l'instant les ordonnances en raison de l'interfaçage en cours avec le DPI principal (pour l'instant, les opinions pharmaceutiques ne peuvent pas être diffusées aux médecins et aux infirmières). Pour l'HAD, l'ordonnance des médecins généralistes est scannée dans le logiciel de prescription. Les médecins coordonnateurs prescrivent également dans le logiciel métier dédié où les pharmaciens valident les prescriptions. Pour le service de dialyse, les pharmaciens valident également les ordonnances dans le logiciel métier dédié.

L'annexe de la PUI implantée sur le site HRS gère les dispositifs médicaux stériles et implantables spécifiques du secteur de la dialyse et des plateaux techniques de cet hôpital. La PUI du site HBI centralise la gestion de tout le secteur médicaments et les dispositifs médicaux stériles non spécifiques.

La dispensation des médicaments est nominative notamment pour les médicaments dérivés du sang, les érythropoïétines, les médicaments hors T2A, les médicaments en ATU, les stupéfiants, certains antibiotiques à distribution contrôlée.

La PUI effectue une dispensation hebdomadaire individuelle nominative (DHIN) sans répartition des doses en piluliers pour environ la moitié des services des HPM. Les médicaments sont préparés dans un tiroir ou un sachet au nom du patient en laissant les plaquettes entières de médicaments sans séparer les horaires

de prise afin de permettre l'identification des blisters (seul le Préviscan est surétiqueté par la pharmacie à l'aide d'un logiciel de sur-étiquetage). Un externe en pharmacie contrôle, pour chaque service concerné, de manière aléatoire les médicaments préparés par un préparateur pour 5 patients tirés au sort.

Dans d'autres secteurs, la PUI délivre les médicaments de manière globale au vu d'une commande de médicaments réalisée dans par les IDE informatiquement.

Au niveau des services de soins, les IDE administrent les médicaments au plus près du patient à partir des casiers de médicaments préparés par patient.

Dans les services de soins, les poches injectables contenant un médicament en perfusion sont identifiées au nom du patient et avec une étiquette spécifique comportant les mentions nom du médicament dose, débit, etc. Il est à noter que dans certains services, les piluliers comportent en plus du nom du patient le numéro de chambre du patient.

Cependant, les règles de sécurisation concernant l'identification et le stockage des médicaments dont les médicaments à risque ne sont pas toujours respectées.

- Lors des visites terrain au bloc opératoire, il a été constaté que les armoires et réfrigérateurs contenant les médicaments n'étaient pas sécurisés. Durant la visite, l'établissement a engagé une démarche de sécurisation permettant la protection des stockages vis-à-vis des professionnels habilités.

- Au regard de la liste établie des médicaments à risque établie par la pharmacie, leur identification n'existait pas de manière exhaustive dans les services (exemple : anticoagulants oraux directs non identifiés comme des médicaments à risque dans les armoires à pharmacie). Durant la visite, les professionnels n'étaient pas tous sensibilisés à la liste institutionnelle des médicaments à risque (certains interrogés pensaient que les insulines en faisaient partie). Il pouvait y avoir également confusion pour les soignants entre la liste de « médicaments à risque » comportant un pictogramme « médicament à risque » et celles de certains électrolytes comportant un pictogramme « à diluer ». Durant la visite, l'établissement a fait preuve de réactivité et l'étiquetage des médicaments à risque a été corrigé notamment pour les anticoagulants oraux directs. Par contre, l'impact sur les pratiques et les connaissances des soignants n'a pas pu être évalué.

- Par ailleurs, la proximité de rangement des médicaments de spécialités identiques à des dosages différents peut engendrer des sources d'erreurs pour les IDE. Lors de la visite, dans les service USC et chirurgie gynécologique, il a été constaté le rangement de chlorure de sodium 0,9% à côté du chlorure de sodium 20%, ce qui peut entraîner des risques d'erreurs (même si l'étiquette « à diluer » était apposée pour le chlorure de sodium 20%). Dans le service de réanimation, le chlorure de sodium 10% était rangé à côté du chlorure de sodium 20%.

- Enfin, plusieurs antibiotiques ayant une DCI proche d'un point de vue consonance (médicament « sound alike ») type « cef » triaxone, « cef » tazidime...) sont rangés les uns à côté des autres (en raison du rangement en DCI) dans les armoires à pharmacie dans plusieurs services (réanimation, USC) et peuvent induire un risque de confusion chez les professionnels et donc un risque d'erreur.

Les règles concernant la gestion des traitements personnels des patients (retrait, stockage...) sont connues et respectées. Dès qu'un patient est hospitalisé, les infirmières lui retirent son traitement personnel qui est mis dans un sachet et est rangé dans un endroit dédié. Dès que le patient sort, le traitement personnel lui est restitué.

La liste des médicaments écrasables est connue dans les services de soins.

La continuité du traitement médicamenteux est effective de l'admission jusqu'au transfert ou sortie du patient avec l'émission d'une ordonnance de sortie. La conciliation médicamenteuse d'entrée avait été initiée dans le service de cardiologie qui a fermé entre temps. Depuis, elle est déployée dans le service de médecine interne avec le concours d'un étudiant externe en pharmacie qui réalise des conciliations médicamenteuses à l'entrée et à la sortie du patient avec élaboration d'un plan de prise de médicaments remis au patient.

Les patients sont informés de manière générale du bon usage des médicaments (avec de nombreuses séances d'éducation thérapeutique effectuées au sein des HPM). Il en est de même dans le cadre particulier des patients qui viennent en ambulatoire à la PUI de HBI chercher des médicaments dispensés en rétrocession.

S'agissant du cadre particulier des chimiothérapies, la PUI effectue des préparations de cytotoxiques et d'anticorps monoclonaux depuis une dizaine d'années au sein de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques implantée directement au sein du service d'onco-hématologie des HBI. Les préparations s'effectuent au sein de 2 isolateurs double place. Un isolateur est davantage dédié à la préparation des chimiothérapies et l'autre à la préparation des Ac monoclonaux (30 000 poches environ par an, activité en plein essor). Lors de gros jours de production, le même isolateur peut servir à la préparation de ces 2 types de médicaments. Afin d'éviter le risque de contamination croisée, les gants du manipulateur sont changés ainsi que le plan de travail et une campagne de production de chimiothérapies est réalisée puis une campagne d'Ac monoclonaux. C'est le préparateur qui effectue ce type de préparations avec un double contrôle par un autre préparateur. Une libération des préparations est effectuée par le pharmacien.

Le logiciel utilisé pour effectuer les prescriptions, dispensations, administrations de cytotoxiques et d'anticorps monoclonaux est un logiciel spécifique.

En pratique, la prescription anticipée des oncologues et pneumologues avec le « OK chimio » la veille permet de réduire le délai d'attente du patient pour recevoir sa chimiothérapie. Les anticancéreux très onéreux sont préparés le jour même. Un travail de terrain a été mené par les pharmaciens pour sensibiliser les IDE à une grande vigilance dans l'ordre d'administration des médicaments (pré-

médications avant la chimiothérapie). Cet ordre d'administration n'apparaît pas toujours dans le plan d'administration édité par le logiciel.

Actuellement, les IDE effectuent une double traçabilité papier et informatique (dans le logiciel, on ne peut pas tracer l'administration médicament par médicament mais seulement une traçabilité globale). Il est prévu d'avoir d'ici 2 mois une nouvelle version du logiciel dédié permettant de gérer ce risque.

Un kit d'extravasation est mis à disposition dans les services de soins.

La PUI de HBI effectue quelques rares préparations magistrales type fluorescéine aqueuse (une vingtaine par an). Les bonnes pratiques de préparation sont respectées. Enfin, la PUI de HBI dispense des médicaments en rétrocession et des médicaments en essai clinique (chimiothérapies).

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés notamment les indicateurs nationaux IQSS en lien avec la contractualisation du CAQES volet produits de santé (classe de performance A en 2019), le bilan des erreurs médicamenteuses. Différents audits et EPP sont réalisés par la pharmacie en collaboration avec la direction des soins et du médecin RSMQ. On peut citer notamment la gestion du traitement personnel du patient, la qualité de la prescription chez la personne âgée, les audits de connaissance et d'observation des IDE, la pertinence de l'utilisation des quinolones, les audits PCA. Des REMED sur les erreurs médicamenteuses sont effectués à rythme régulier ayant conduit à 37 plans d'actions d'amélioration.

## **A / AGIR**

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

Des actions sont mises en œuvre en regard des résultats des audits et des différentes évaluations. Elles sont intégrées dans le PAQSS. On peut citer les formations sur les PCA, les fiches dilution de certains médicaments injectables, le guide AntibioGARDE, le début de mise en place de la démarche de conciliation médicamenteuse en médecine interne à l'entrée et à la sortie du patient avec remise d'un plan de prise au patient avant sa sortie, la mise en place de boîtes sécurisées à code pour le stockage des stupéfiants et des médicaments particuliers type midazolam dans le secteur de l'HAD ou encore la modification récente de la procédure d'administration de la lévothyroxine. Les actions de communication très prégnantes au sein des HPM se traduisent au niveau de la prise en charge médicamenteuse par des vidéos dans HPMNews sur le traitement personnel du patient, les « Incollables » (règle des 5B, etc) et des « Escape Games » sur les antalgiques. Parmi les projets de la pharmacie, le principal porte sur le déménagement d'ici fin 2020 de la PUI de HBI sur le site de HRS avec l'extension et la reconfiguration des locaux de la PUI du site HRS (notamment le transfert de l'URC et du service d'onco-hématologie) en collaboration avec l'inspection en pharmacie. Un autre consiste à mettre en place des entretiens pharmaceutiques auprès des patients lors de la primo-prescription de chimiothérapies orales. Les IQSS sont affichés dans le hall d'accueil.

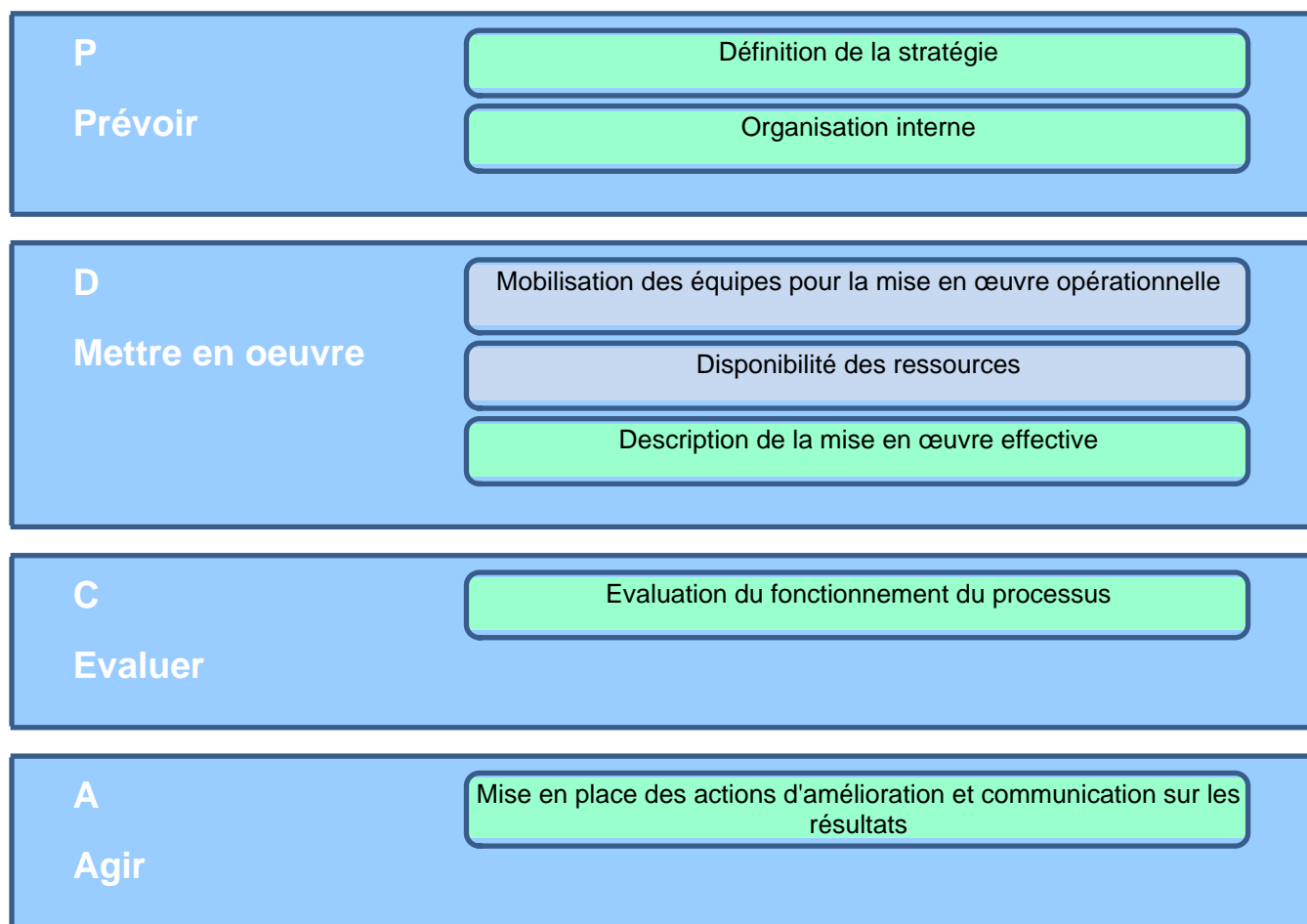
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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 au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. 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.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les Hôpitaux privés de Metz disposent de deux sites distants pour l'activité chirurgicale :

- Hôpital Belle Isle (HBI) au centre ville disposant de 8 salles d'intervention et 12 postes de SSPI. Ce site concentre l'activité d'orthopédie, chirurgie de la main et ophtalmologie et un secteur de chirurgie ambulatoire avec 16 postes. Un projet en cours vise à rapatrier l'activité d'orthopédie vers l'Hôpital Robert Schumann.
- Hôpital Robert Schumann (HRS) en périphérie sur le site de Vantoux qui dispose dans un bloc spacieux et neuf ouvert en 2013, de 17 salles d'intervention, de 3 salles d'endoscopie (gastro, pneumo) et de 27 postes de SSPI. L'activité concerne la chirurgie gynécologique, thoracique, vasculaire, digestive, esthétique, urologique, orl, une faible activité d'imagerie interventionnelle (ponctions, cathétérisme...). Par ailleurs l'HRS dispose d'un plateau de chirurgie ambulatoire de 30 postes avec au taux ambulatoire de 42%.

Lors de la visite, des travaux d'extension sont en cours pour accueillir un plateau de consultation et l'activité d'orthopédie de HDI.

L'activité d'imagerie interventionnelle effectuée au bloc est très faible et désormais effectuée dans un établissement partenaire et en lien avec un GCS d'imagerie en cours de constitution.

L'établissement exerce une activité chirurgicale orientée vers les adultes et les enfants.

Les Hôpitaux privés de Metz (HPM) ont défini leurs besoins et leur stratégie en rapport avec les activités autorisées, leurs missions, le contexte locorégional et national, la réglementation. Cette stratégie est appuyée sur le CPOM, le projet d'établissement 2016-2020, et précise ses objectifs en particulier architecturaux visant au regroupement de la majorité des activités chirurgicales sur HRS, au maintien de la chirurgie de la main et de l'ophtalmologie sur HBI et au développement du parcours ambulatoire.

Cette stratégie intègre les besoins des HPM pour l'activité opératoire, en particulier concernant les ressources humaines, matérielles, logistiques, documentaires et architecturales pour les différents aspects fonctionnels : chirurgie programmée, chirurgie ambulatoire, activité pédiatrique, parcours RAAC (Récupération améliorée après chirurgie). L'établissement ne dispose pas de service d'urgences.

Cette stratégie est formalisée dans :

- Le projet d'établissement qui reprend des axes régionaux en lien avec les tutelles (maîtrise des lits, accessibilité, parcours du patient opéré, flux d'amont et d'aval), et précise par spécialité les objectifs.
- Une charte de bloc opératoire et ses annexes (révision 2019) qui définit les organisations et fonctionnements, la régulation opératoire, le pilotage multisite.

Les risques relatifs au bloc, sont identifiés à partir d'une cartographie des risques élaborée avec les professionnels, initiée en 2015 lors de la première V2014, des indicateurs obligatoires et internes, des FEI déclarés, des conclusions du rapport V2014, des évolutions.

L'analyse des risques est structurée sur la base d'une démarche processus de prise en charge générale du patient pour la chirurgie programmée, et ambulatoire). Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise).

Toutefois, l'analyse des risques n'est pas complètement exhaustive : elle n'intègre pas les processus support, logistiques (matériel, locaux, approvisionnements, linge, déchets,...), ni les nouvelles activités ou spécificités de certains circuits (bloc-Réa). La présence de portes en bois et les contraintes d'hygiène afférentes n'est pas identifiée, pas plus que l'introduction de lits issus de la réanimation au sein du bloc.

Des plans d'action prioritaires sont définis en rapport, incluant un échancier, un responsable, des modalités de suivi. Les objectifs précisés dans la stratégie relative du bloc et les plans d'actions sont intégrés dans le PAQSS institutionnel, sont prioritaires en lien avec le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus Bloc est identifié (Président du conseil de bloc, Anesthésiste, Chef de bloc). Les missions sont définies. Une charte de fonctionnement est disponible pour l'activité programmée ainsi que pour l'activité ambulatoire.

La programmation est prévue pour débiter dès la consultation chirurgicale qui identifie une date d'intervention tenant compte des vacances offertes et de la disponibilité des effectifs. Le chirurgien effectue et trace le dépistage ATNC, oriente le patient vers un rendez-vous d'anesthésie qui est suivi d'un parcours de programmation au cours duquel le patient est informé en complément des conditions de prise en charge. Le secteur d'orthopédie à l'HBI a prévu un circuit spécifique de récupération améliorée après chirurgie portant sur les prothèses de hanche et de genou.

Un service d'analgésie post opératoire a été mis en place (SAPO).

Une réunion de programmation est assurée à J-15, chaque semaine sur un mode pluridisciplinaire pour chaque site, à J-1. Le patient est recontacté dans la semaine précédent l'intervention ainsi qu'à J-1.

Les HPM disposent d'un conseil de bloc unique pour les 2 sites (et d'un bureau de conseil de bloc) dont les missions sont définies et qui se réunit tous les 3 mois. Le chef de bloc dispose des prévisions de présence médicale à 6 mois. La programmation est organisée par site.

Les HPM ont prévu les ressources humaines conformes aux recommandations et à la réglementation pour le fonctionnement du bloc.

Cela concerne en particulier le nombre de MAR (1 pour 2 salles sauf en pédiatrie 1/salle), les IADE (1 par salle), la disponibilité d'un MAR pour la SSPI (MAR référent et astreinte), les IBODE...

L'établissement dispose d'un plan de formation et d'une organisation pour l'intégration des nouveaux arrivants ou professionnels en intérim.

La formation continue, médicale et paramédicale est organisée tenant compte des besoins du bloc. Les formations à la radioprotection sont organisées.

Toutefois, la formation à la chirurgie ambulatoire n'est pas encore organisée.

Il n'a pas été déployé de formation des professionnels pour la chirurgie ambulatoire. Le plan de formation le prévoit. Une IDE est en cours de DU de chirurgie ambulatoire.

La présence de MER est prévue de même que l'organisation des actes d'imagerie au bloc.

La gestion des RH est organisée concernant en particulier les recrutements, le maintien des compétences et les remplacements.

La gestion documentaire est prévue, informatiquement et/ou sur des supports papiers. Cette documentation est organisée sur un mode structuré, appuyée sur des données réglementaires, de bonnes pratiques, sur les recommandations des sociétés savantes.

Les documents sont actualisés selon des modalités prévues, validées par le dispositif qualité.

Il est prévu que cette documentation soit accessible à l'ensemble des professionnels quel que soit le support. Le support valide est précisé.

La gestion documentaire couvre les besoins du BO : pratiques médicales, paramédicales, logistique, matériel, hygiène, qualification des salles (pression, particules,...), mesures d'urgence...

La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités sont prévues.

Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu.

La disponibilité du matériel d'urgence est organisée y compris en cas de panne

Un plan de travaux est disponible avec des travaux d'extension du bloc avec 3 salles supplémentaires et une nouvelle SSPI pour accueillir l'activité d'orthopédie actuellement sur l'HBI.

Le système d'information (SI) du bloc est prévu pour couvrir l'ensemble des activités, lors de la visite en cours de déploiement sur les deux sites avec des modalités de fonctionnement différentes. Il est prévu pour couvrir la consultation chirurgicale, la CPA, VPA, la programmation, les actes chirurgicaux, les actes anesthésiques pré-per-op, la biologie, la traçabilité des ouvertures de salle, la traçabilité des DMI, la Check-list, le suivi en SSPI, la traçabilité prion, CR opératoire, ...

La traçabilité des interfaces avec les services cliniques et médico-techniques, pharmacie, stérilisation, traçabilités identitaires est prévue...

L'ensemble des données se concentrera à terme au sein d'un dossier unique d'établissement.

Le SI du BO est intégré au SI de l'établissement selon des modalités opérationnelles définies permettant de retrouver les données du patient relatives à l'acte.

Les interfaces avec les secteurs cliniques sont organisées : fiche de liaison service/ BO, modalités prescriptives post SSPI sur papier pour l'ambulatoire et numérique en cas d'hospitalisation...

Les circuits patients (marche en avant) sont prévus au sein du bloc incluant les vérifications identitaires, dossier, contrôles de sécurité et leur traçabilité à chaque étape.

Les modalités d'intervention de l'EOH sont prévues ainsi que la transmission des informations relatives à l'hygiène.

L'accessibilité aux données du laboratoire, les interventions d'anapath., l'accès à l'imagerie avec présence de MER ou par le chirurgie sont organisés.

L'établissement dispose de 2 PCR.

Les liens avec la PUI sont formalisés, en particulier concernant les approvisionnements, les stockages, le suivi des DMI.

Les approvisionnements et circuits du linge et des sabots sont organisés. En particulier les modalités de change à l'entrée et à la sortie du bloc sont prévues. Les règles vestimentaires sont définies et validées.

Le circuit des déchets (tri, contenant, évacuation) est organisé.

Le transport des patients est organisé : système d'appel, de brancardage, , traçabilité des vérifications identitaires...

Les contrôles bactériologiques portant sur l'environnement opératoire et l'eau, les contrôles de pression, flux, particuliers sont organisés en lien avec l'EOH et les services techniques.

La gestion de des informations afférentes est organisée.

La qualification des salles est prévue régulièrement. La traçabilité des pressions à chaque ouverture de salle est prévue, avec contrôle centralisé ou local.

La démarche qualité du bloc est articulée avec la démarche institutionnelle et s'appuie sur l'équipe qualité. La déclaration et le traitement des EI sont organisés sur un mode institutionnel au travers d'un logiciel spécifique.

L'analyse des EI est prévue de même que l'organisation de CREX et RMM.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels connaissent la stratégie définie (objectifs, documents de cadrage, charte de bloc, ...) et la mettent en œuvre chacun dans son domaine et de façon collaborative. Les documents stratégiques sont établis, disponibles, connus et diffusés. L'analyse des risques a priori a été établie depuis 2015 avec les professionnels concernés. Ils sont impliqués dans les plans d'action.

Les professionnels sont informés régulièrement des modalités de fonctionnement et des objectifs stratégiques (réunions de service, staff, réunion du conseil de bloc..., documents qualité institutionnels).

Les modalités de signalement des EI, de leur traitement (CREX, RMM...) sont mises en œuvre. 47 EI ont été déclarés en 2018 et 53 en 2019. Les professionnels évaluent leurs pratiques (check-list, marquage du côté opéré, bionettoyage...). Les fonctionnements font l'objet de démarches d'évaluation, entre autres avec des indicateurs, des audits, des CREX et RMM. Les conclusions des démarches sont transmises aux professionnels, et justifient de plan d'action.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires à l'activité opératoire sont conformes à la réglementation et aux recommandations (SFAR) : en particulier les effectifs médicaux et paramédicaux en salle d'op, en SSPI (Effectif de 26 MAR - 1 MAR référent en SSPI). La nuit et les week ends un IADE est de garde et 1 MAR est d'astreinte. Les astreintes séniorsées sont organisées pour assurer la continuité des soins. Les HPM n'assurent pas les accueils d'urgence. Les tableaux de service sont disponibles et diffusés. Les modalités d'appel sont organisées.

Les formations initiales et continues, les formations à la radioprotection, l'intégration des nouveaux arrivants sont assurées régulièrement.

Les MER ou les chirurgiens assurent les actes de radiologie selon les dires des professionnels.

Les IDE peuvent être amenés à extuber en SSPI, ce qui n'est pas prévu dans leur décret de compétence. Cependant la présence organisée, en proximité, d'un IADE et d'un MAR référent contribue à limiter le risque. La gestion des salles et la programmation prennent en compte les effectifs disponibles.

Les remplacements sont organisés et l'accueil des intérimaires est organisé.

La documentation est disponible, accessible, connue, validée, datée, sur des supports actualisés, et standardisés au format qualité. La révision documentaire est effective.

Les supports sont numériques ou papier et intégrés à la gestion documentaire.

La documentation concerne les actes, les contrôles, les circuits, les procédures d'hygiène, les programmations, les résultats d'analyse...

Les matériels nécessaires à l'activité du BO sont disponibles (chirurgical, anesthésique, informatique...). Leur maintenance préventive et curative est assurée. Le plan d'équipement est opérationnel. Les matériels permettent l'enregistrement de l'activité et l'intégration des données au dossier.

Les dosimètres sont disponibles, de même que les tabliers de protection qui sont bionettoyés.

Les locaux sont conformes aux recommandations. L'architecture permet la marche en avant (circuit patient, vestiaires, circuits internes)

Les salles sont conformes et adaptées à l'activité effectuée. La qualification régulière des salles est effectuée (ISO 5 et 7). Les contrôles d'hygiène sont effectués régulièrement, tracés et transmis au bloc. Le décartonnage est effectué à l'extérieur du BO. Les stockages sont conformes. La marche en avant est assurée. L'accès au bloc opératoire est contrôlé.

Les dispositifs d'ouverture et de fermeture des salles permettent de garantir le maintien des pressions de salle. Les chariots d'urgence sont disponibles.

Le nombre de places de SSPI est conforme, en lien avec le nombre de salles. Les horaires d'ouverture de la SSPI sont en rapport avec l'activité. Il y a séparation des SSPI adultes et enfant.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les règles définies pour le fonctionnement du bloc : programmation et sa mise en œuvre, identitovigilance, Check-List, règles de bonnes pratiques, contrôles identitaires tracés dès l'entrée, règles d'hygiène avec un prestataire externe audité mensuellement, effectivité des ressources humaines, matérielles, documentaires, ....

Les professionnels s'organisent pour rendre efficaces leurs synergies. Les programmations sont respectées et font l'objet d'évaluation et d'ajustements en cas de besoin.

L'organisation définie est mise en œuvre et respectée : programmation, filières, approvisionnements... Les circuits patients et logistiques sont respectés et mis en œuvre : circuit programmé, ambulatoire, logistique, médicament, stérilisation...

Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles : en particulier la biologie, l'anapath., la PUI, la stérilisation, la radiologie, l'EOH, services techniques...

Le conseil de BO se réunit régulièrement. La programmation opératoire fait l'objet de concertation. Des réunions de service sont régulièrement organisées

Toutefois, le respect de l'intimité du patient dans les zones d'attente préopératoires et en SSPI n'est pas

toujours garantie.

Un défaut d'intimité dans les zones d'attente préopératoires et en SSPI a été observé. Si les professionnels restent très attentifs au respect de la pudeur (patients couverts, actes d'ALR effectués derrière des paravents ou dans un local dédié), l'absence de rideaux de séparation dans différents points d'attente pré opératoire, et l'organisation des locaux de SSPI (patients non séparés ou en vis à vis) ne permet pas de garantir strictement l'intimité des opérés. L'établissement s'est engagé à mener une réflexion sur ce thème.

Il a été observé la permanence de porte en bois dans le secteur interventionnel de l'HBI ce qui ne permet pas de garantir aisément un bionettoyage efficace. L'établissement est conscient de la situation a expliqué aux EV le projet (en cours) de transfert de l'activité d'orthopédie vers l'HRS et la mise aux normes ultérieure des locaux restants. Par ailleurs, des prélèvements réguliers sont effectués régulièrement en lien avec l'EOH. Ces prélèvements ne montrent pas d'anomalies.

La marche en avant du patient et des professionnels est assurée, de même que l traçabilité des contrôles identitaires à chaque étape de la prise en charge (vérification identité / dossier).

La Check-list est mise en œuvre et évaluée. Le dépistage du risque Prion est effectué. L'antibiothérapie prophylactique est effectuée si besoin.

La validation de la sortie de SSPI est signée et validée en temps réel.

L'organisation du circuit Chirurgie Ambulatoire et le respect des modalités de sortie et de suivi sont effectifs. La traçabilité des actes médicaux effectués est hétérogène.

En chirurgie ambulatoire le chirurgien passe voir le patient physiquement avant la sortie et la valide oralement, cependant la traçabilité de l'acte n'a pas été systématiquement retrouvée dans le dossier du patient. Les chirurgiens ont réagi en lien avec l'institution et mis en place un document de traçabilité dont la permanence et la pérennité n'ont pu être évaluées.

Par ailleurs, le document de contrôle d'ouverture de salle est signée de façon inconstante par les MAR.

Lors des visites terrain il a été constaté que les armoires et frigos contenant les médicaments n'étaient pas sécurisés. L'établissement a, dès le signalement engagé une démarche de sécurisation permettant la protection des stockages vis à vis de professionnels non habilités.

La traçabilité des DMI est effective en lien avec la pharmacie, de même que les doses reçues qui sont indiquées dans le dossier.

Les traçabilités instrumentales sont effectives, de même que les contrôles d'ouverture de salle. Les Compte rendus d'hospitalisation sont diffusés lors de la sortie des patients.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Des indicateurs de fonctionnement sont définis et suivis permettant le pilotage du secteur : Indicateurs obligatoires (IQSS, HN), Indicateurs locaux quantitatifs et qualitatifs (fonctionnement de l'activité opératoire, outils de pilotage, taux d'occupation, débordement, annulation, rajouts, urgences, volumétrie en hospitalisation et ambulatoire, activité individuelle...). Des évaluations sont menées : Check-List, identitovigilance, pertinences, pratiques, hygiène, évaluation de filières, prothèses infectées, EPP ligamentoplastie... Des CREX et RMM sont effectués en lien avec les EI déclarés. Certains praticiens sont investis dans une démarche d'accréditation individuelle.

## **A / AGIR**

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

Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux évaluations. Leur pertinence est évaluée. Ces actions issues des évaluations et de l'analyse des risques a priori sont priorisées.

Les actions définies pour le bloc sont intégrées au PAQSS de l'établissement, et sont en cohérence avec le CQ. Les résultats d'évaluation et les actions correctives font l'objet de démarches d'information auprès des professionnels, du Conseil de bloc et des instances.





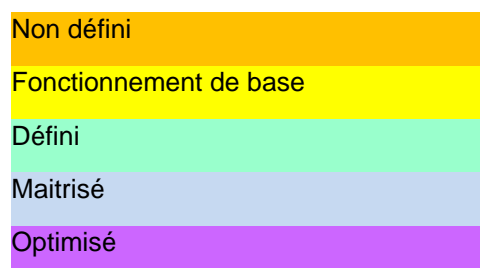
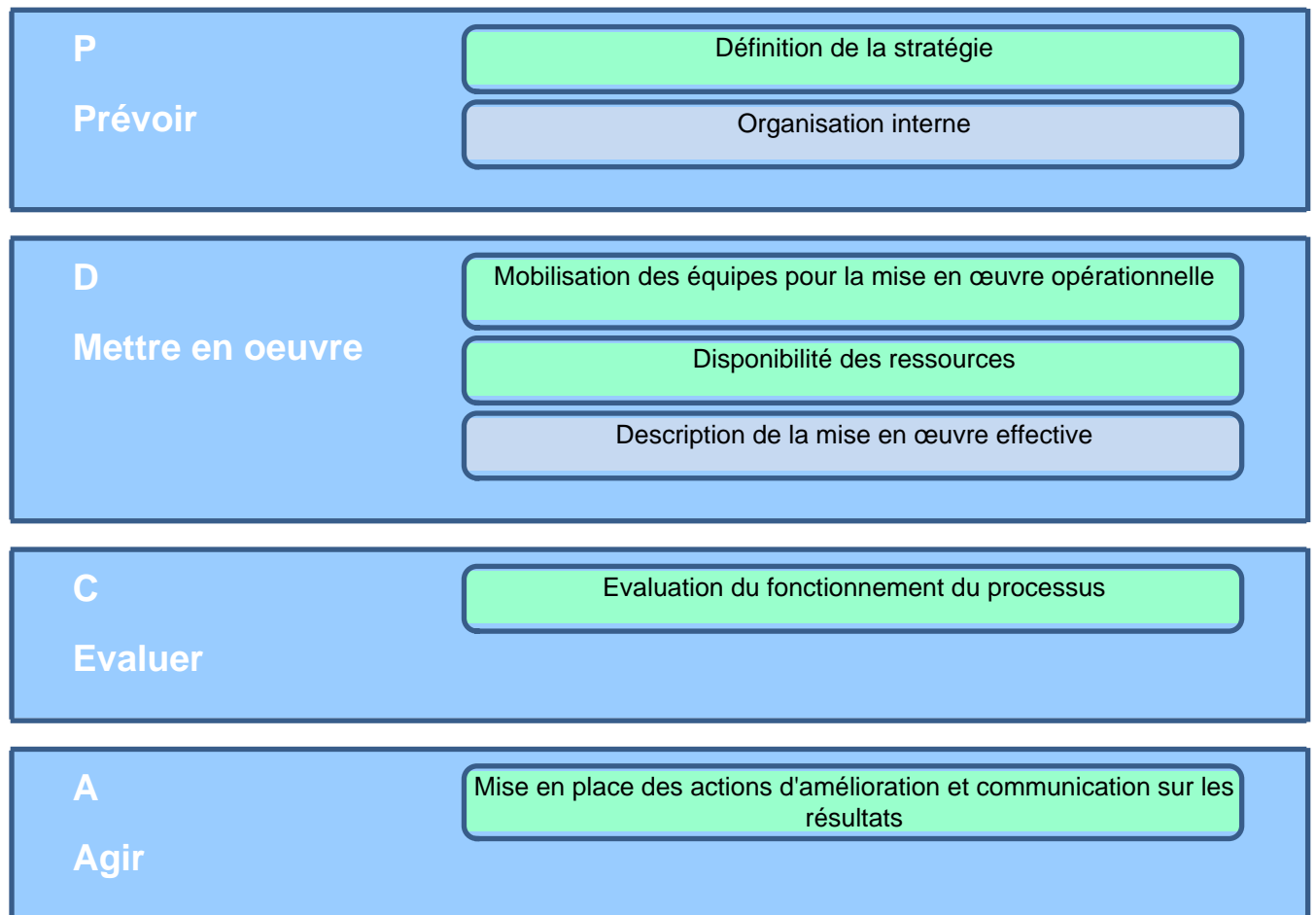
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le secteur d'endoscopie des Hôpitaux Privés de Metz (HPM) se situe au sein de l'hôpital Robert Schuman (HRS) au niveau du bloc opératoire et des consultations externes d'ORL. Des endoscopies peuvent également être réalisées au niveau du lit du patient dans le service de réanimation ou dans les services de soins.

Au niveau du bloc, sont réalisées des endoscopies digestives, bronchiques, urologiques dans un secteur dédié composé de 4 salles de bloc : 3 dédiées aux anesthésies générales et une salle pour les anesthésies locales et une salle mutualisée avec les soins externes pour les examens de proctologie.

L'activité d'endoscopie est d'environ 6 000 actes par an.

La cartographie du bloc opératoire a été remise à jour depuis la dernière visite de certification notamment par la cadre de bloc avec notamment l'aide d'un qualitatif et de l'ancienne cadre d'endoscopie.

Six risques ont été priorisés dans le compte qualité : risque de contamination par défaut de traitement des endoscopes, check-list incomplète ou non réalisée selon les recommandations, défaut de signalement d'un patient porteur BMR, bionettoyage du matériel non fait près un patient porteur de BMR, défaut d'identification et de traçabilité des pièces anatomiques, risque de formation de biofilms, d'aérobiocontaminations.

Toutefois, il n'y a pas de politique institutionnelle à l'échelle des HPM décrivant l'ensemble de l'activité d'endoscopie. En effet, hormis les endoscopies réalisées au bloc opératoire et dont la stratégie s'articule avec celle du bloc, les autres secteurs où sont pratiquées des endoscopies (consultations ORL, et au lit du patient) n'ont pas été intégrés dans une stratégie commune d'établissement.

Il n'y a pas d'axes stratégiques communs (cf. projet d'établissement ou charte de bloc).

De plus, la cartographie des risques est incomplète. En effet, la cartographie des risques tient principalement compte des activités pratiquées en endoscopie digestive et bronchique.

Dans les risques prioritaires retenus au compte qualité, on ne retrouve pas d'éléments relatifs aux autres spécialités pratiquant des endoscopies. L'évaluation des risques n'est pas exhaustive et ne comporte pas de plan d'actions pour l'ensemble de l'activité d'endoscopie. Enfin, les plans d'actions issus des risques identifiés dans la cartographie des risques ne sont pas exhaustifs et ne sont pas intégrés dans le PAQSS institutionnel (plans d'actions relatifs au risque infectieux en endoscopie, projet d'achat d'un nouveau système de stockage des endoscopes, étiquetage du matériel comme sale ou propre, etc).

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a défini une organisation permettant la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires. Le pilotage des deux secteurs d'endoscopie est assuré par la cadre de bloc de HRS. La cadre d'endoscopie précédente a quitté l'établissement. La nouvelle cadre d'endoscopie a été nommée il y a un mois environ avant la 2ème visite de certification V2014.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés dans des fiches de poste.

Au niveau du bloc opératoire, il existe une charte de bloc intégrant quelques aspects relatifs à l'endoscopie.

Les besoins en ressources humaines sont identifiés de même que la compétence des professionnels sur la base de leur formation initiale, leur formation continue et de leur expérience professionnelle.

La formation continue est inscrite au plan de formation de l'établissement. Un processus d'intégration des nouveaux arrivants est mis en place.

Les besoins en procédures sont identifiés. Les procédures sont validées et actualisées avec l'implication du personnel dans leurs rédactions. Une procédure globale de prise en charge du patient en endoscopie organise la sécurité du patient et la diffusion d'une culture qualité/sécurité.

Les procédures de désinfection sont adaptées aux besoins et aux risques.

La gestion du risque ATNC est formalisée. Des procédures dégradées sont formalisées en cas de panne des laveurs désinfecteurs des endoscopes (LDE).

L'information des patients est organisée (document d'information sur l'endoscopie, consentements).

Les besoins en endoscopes, matériels d'instrumentations endoscopiques, laveur-désinfecteurs et consommables sont identifiés et adaptés au besoin des utilisateurs. Le remplacement des endoscopes est prévu. Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes, les contrôles microbiologiques sont organisés selon des procédures. Le stockage des endoscopes est prévu. La maintenance des matériels et équipements (préventive et curative) est assurée et planifiée par le service biomédical.

Les besoins en système d'information sont identifiés. Le dossier patient informatisé permet un échange d'informations et la coordination avec les différents secteurs et les professionnels. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées.

Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Les modalités organisationnelles au sein du secteur de l'endoscopie sont définies, y compris la prise en charge des urgences 24h/24. La planification et l'organisation des programmes sont organisées.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre

professionnels et secteurs d'activité : pharmacie, consultations, services d'hospitalisation, service biomédical, laboratoires, professionnels en charge de l'hygiène.  
En externe, les interfaces avec les secrétariats des cabinets médicaux des praticiens sont formalisées.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur d'endoscopie sont établis en déclinaison du programme institutionnel. La cadre du bloc, l'ancienne cadre du secteur d'endoscopie ainsi que la cadre des consultations ORL favorisent l'implication de leurs équipes. Elles connaissent la démarche qualité et la gestion des risques et utilisent les outils mis à leur disposition. Elles participent au recueil et à l'analyse des événements indésirables. Des RMM ont lieu notamment en hépato-gastro-entérologie. Des CREX sont également organisés. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des évaluations périodiques sont menées (audit, patient traceur) avec informations des professionnels lors des réunions de service. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentations sont disponibles. Les ressources humaines sont conformes à la réglementation en compétences et les effectifs sont adaptés à l'activité). Les formations sont assurées sur les domaines spécifiques ou transversales (hygiène, etc...). Les locaux sont conformes, adaptés, entretenus et permettent un bio-nettoyage adapté. Les locaux de désinfection sont adaptés et ventilés. Le stockage des endoscopes est assuré dans le respect des bonnes pratiques.

La maintenance préventive et curative des endoscopes et des équipements est assurée et tracée. Un carnet de vie informatisé individualisé et unique des endoscopes est mis en place et regroupe les différentes traçabilités (actes d'endoscopie, traçabilité du nettoyage/désinfection, opération de maintenance, de prêt de séquestration, et contrôles microbiologiques).

Les équipements en panne sont remplacés. Les stocks de matériel stériles et les dates de péremption des consommables à usage unique sont contrôlés et tracés par l'IDE. Le matériel de protection des professionnels est disponible. Des déclarations de matériovigilance sont effectuées. La documentation est accessible et actualisée sur la gestion documentaire informatisée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Le programme d'endoscopie comporte les éléments nécessaires à la sécurité du patient. La permanence des soins des endoscopistes, des anesthésistes, des soignants est effective. Pour les urgences, le personnel médical et paramédical d'endoscopie se déplace avec le matériel d'endoscopie pour réaliser un acte dans le service de réanimation ou un autre service. Le matériel est décontaminé au bloc opératoire.

Le consentement formel est recueilli concernant l'anesthésie et l'acte endoscopique, sauf en cas d'urgence absolue. La confidentialité des patients est respectée. La vérification de l'identité est assurée. L'item concernant le risque ATNC est renseigné systématiquement au niveau du bloc opératoire.

Le compte-rendu d'endoscopie mentionne les éléments réglementaires (nature de l'acte, endoscope utilisé, complications éventuelles, etc). La gestion des traitements antiagrégants et des anticoagulants est assurée. Les bonnes pratiques de désinfection sont respectées.

La conformité des prélèvements bactériologiques des endoscopes est vérifiée à périodicité définie et diffusée au secteur concerné. En cas de non-conformité, l'information est diffusée immédiatement au service pour la mise en place immédiate d'actions correctives.

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre (port de masque, lunettes, gants à manchettes longues, tablier).

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, la check-list (endoscopie digestive et endoscopie bronchique) est insérée dans le Dossier Patient Informatisé. Les actes réalisés, l'endoscope utilisé, les dispositifs médicaux utilisés sont tracés dans le dossier du patient. La traçabilité des endoscopes est inscrite dans le carnet de vie de ceux-ci.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les interfaces avec l'EOH, le secteur biomédical, la pharmacie et les fournisseurs permettent de répondre aux attentes des utilisateurs.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre grâce à un suivi d'indicateurs quantitatifs (volumes d'actes) et qualitatifs. L'établissement a participé en 2015 à l'audit national d'

endoscopie du Groupe d'Évaluation des Pratiques d'Hygiène Hospitalière. Un audit sur la traçabilité de l'évaluation du risque ATNC a été réalisé en 2017. Un audit sur la conformité de la traçabilité de l'utilisation du fibroscope bronchique en réanimation a été effectué en 2018. Le taux de conformité des prélèvements microbiologiques d'endoscopes est suivi de manière périodique. Le suivi des FEI dans le secteur d'endoscopie est réalisé (3 en 2017, 3 en 2018, et 8 jusqu'au 20 novembre 2019). L'une d'entre elle concernant les prélèvements microbiologiques non conformes d'endoscopes (contamination par le Pycocyanique) a donné lieu à un CREX fin 2018 avec mise en place immédiate d'un plan d'actions d'amélioration.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus suite aux audits. On peut citer les alertes BMR, le remplissage du questionnaire ATNC, la réalisation d'un tableau de correspondance entre les endoscopes, le nombre de canaux et le type d'écouvillons, formation continue systématique sur les laveurs-désinfecteurs, etc...

Des réflexions sont en cours notamment sur la mutualisation des IDE entre les secteurs d'endoscopies digestives et bronchiques ou encore sur l'achat du système « Plasma Typhoon » afin d'améliorer la qualité du séchage, la diminution de la contamination des endoscopes et de faire gagner du temps au personnel soignant. Une « endoscopie des erreurs » est prévue d'être réalisée en 2020.

Par ailleurs, des projets sur le processus endoscopie sont en cours directement en lien avec les projets d'extension du site HRS (projet Robert Schuman 2) : le déménagement des consultations externes d'ORL prévu au 1er trimestre 2020 au sein de la maison des consultations ainsi que la reconfiguration des locaux du secteur d'endoscopie au niveau du bloc opératoire après agrandissement des locaux en 2020 (déménagement du bloc du site de Belle-Isle). Des supports et modalités de diffusion sont établis.

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

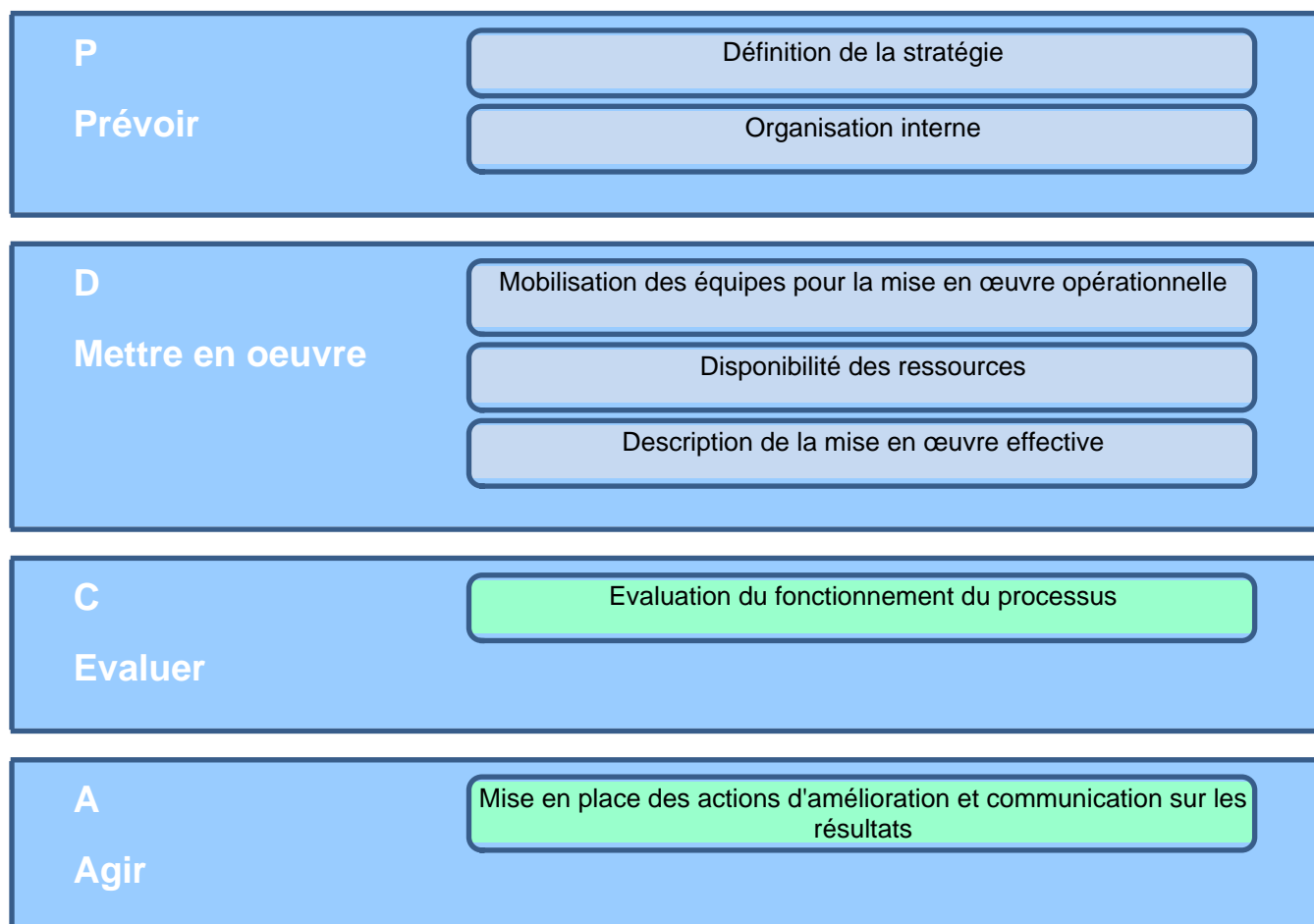
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) dispose d'une capacité d'accueil de 75 patients en HAD polyvalente et périnatalité. Les admissions sont acceptées en fonction des soins et du territoire sur évaluation de l'équipe HAD. Trois modes de prise en charge principaux sont proposés : les traitements par voie veineuse, les soins palliatifs et les pansements complexes. Il existe une stratégie élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. L'organisation de la gestion des équipements et produits au domicile est définie dans le protocole de prise en charge en HAD.

La cartographie des risques du parcours patient en HAD ainsi que le cahier des charges du prestataire ciblent les risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile du patient.

Par ailleurs, une visite de pré-admission à domicile permet aux infirmiers coordonnateurs d'identifier et de tracer des risques spécifiques à l'environnement du patient : hygiène, jeunes enfants...

Le risque électrique est évalué par le prestataire. Une hiérarchisation des risques a permis de définir des objectifs prioritaires. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées et donnent lieu à des plans d'actions inscrits dans le Compte Qualité et dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Les informations en lien avec l'HAD sont diffusées aux professionnels lors de réunions de service, par le biais de comptes rendus des instances, par une diffusion interne, des notes qualité...

**ORGANISATION INTERNE**

Le règlement intérieur de l'HAD est formalisé. L'organisation de l'HAD est pilotée par les 2 médecins coordonnateurs et l'équipe d'encadrement : directeur des soins, cadre de l'HAD et IDE coordonnateurs. Leurs rôles et leurs responsabilités sont définis dans les fiches de poste des différents professionnels.

L'équipe de l'HAD est composée de :

- 1,2 ETP médecins coordonnateurs
- 1 ETP cadre
- 1 ETP sage-femme coordonnatrice
- 5,7 ETP IDE coordonnateurs (IDEC)
- 1 ETP IDE de liaison
- 18 ETP IDE
- 1 ETP secrétaire médicale

Le médecin traitant du patient est le pivot de la prise en charge du patient en HAD. Il est le prescripteur des soins et des traitements.

La mise à disposition en temps utile des équipements et des produits au domicile est assurée soit par la PUI soit par un prestataire extérieur selon le type de matériel.

Les équipements et dispositifs médicaux non stériles à l'exception de quelques appareils utilisés pour les techniques de pression négative sont délivrés par le prestataire avec lequel l'établissement a établi une convention de partenariat. S'agissant des dispositifs médicaux stériles, ils sont délivrés par la PUI de l'établissement.

Le responsable de la logistique et des achats assure le suivi du prestataire. Des référents sont identifiés pour répondre à des besoins précis : pharmacie, hygiène, entretien des véhicules...

Les besoins en formations sont évalués et intégrés au plan de formation : formation MEOPA, formation hygiène en lien avec la décontamination du matériel, accueil des nouveaux arrivants et des étudiants, formation gestion des risques...

Un accompagnement des nouveaux arrivants est prévu avec une période de doublure IDE de 15 jours suivie d'une évaluation avec le cadre et les IDEC.

Un livret d'accueil à l'usage des professionnels et des étudiants précise l'organisation logistique en HAD : réalisation des commandes de matériel, approvisionnement, entretien.

Les ressources matérielles et documentaires nécessaires ont été définies afin de répondre aux risques identifiés : procédure d'utilisation du MEOPA, circuit du médicament en HAD, aménagement des véhicules... Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées. Les documents et protocoles sont mis à disposition des professionnels dans la gestion documentaire.

Il existe un dossier patient partagé. Un logiciel informatique gère les données du patient. Chaque IDE est équipé d'une tablette numérique.

Par ailleurs, le dossier patient chevet, localisé au domicile du patient, contient tous les documents de traçabilité de la prise en charge et des besoins en équipements.

La gestion des interfaces et des circuits entre les différents intervenants est définie. De nombreuses conventions sont en cours notamment avec le prestataire, avec les intervenants libéraux des différents secteurs, avec les SSIAD... Il existe une organisation permettant de garantir un approvisionnement en urgence et en cas de panne et/ou de dysfonctionnement.

Le service HAD dispose d'un stock tampon permettant de remplacer en urgence un matériel en panne. Une astreinte infirmière permet d'assurer l'approvisionnement en urgence.



Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement favorise l'implication de l'équipe dans la mise en œuvre de la gestion des équipements et produits au domicile du patient de l'admission à la sortie. Les professionnels sont sensibilisés aux risques identifiés sur le parcours du patient ainsi qu'aux risques propres à leur activité. Ils ont intégré cette notion dans leurs pratiques. La communication passe par des informations diffusées lors de réunions de service, des comptes rendus d'instances, des notes qualité... Le prestataire, certifié ISO 9001 a intégré les risques spécifiques au patient en HAD : décontamination du matériel, formation des professionnels, maintenance 24h/24 et 7j/7, solution de substitution en cas de rupture de stock... Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en réalisant des audits internes, des analyses de dysfonctionnements. Les équipes participent aux EPP, aux REMED, à l'élaboration et l'actualisation de procédures. Des actions correctives sont identifiées par les professionnels suite aux évaluations, aux résultats d'indicateurs, à l'analyse d'événements indésirables. Ils ont accès aux résultats de ces évaluations.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles. Les professionnels sont formés et informés du processus de mise à disposition du matériel et des produits le plus souvent par la PUI : formations sur les techniques de soins, sur l'utilisation des dispositifs médicaux, la douleur... Les IDE de l'HAD forment ensuite à leur tour les IDE libéraux.

Le dispositif HAD comprend :

- des bureaux : médecins, secrétariats, IDE...

- différents locaux : stockage, nettoyage et désinfection du matériel, préparation des médicaments et des colonnes de soins.

- 12 véhicules équipés.

Lorsque la situation de soins le nécessite, des avis d'experts sont sollicités : stomathérapeute, diététicienne, assistante sociale... Le médecin coordonnateur partage son temps de travail avec l'équipe mobile douleur et soins palliatifs. Dans ce cadre et après entente avec le médecin traitant, elle initie un traitement antalgique.

Le matériel est adapté aux besoins : mallettes de soins, dispositifs médicaux spécifiques, MEOPA, mallette d'urgence...

La maintenance est organisée tant au niveau des dispositifs médicaux que des équipements et des locaux. La documentation est accessible par le système de gestion documentaire. Elle est connue et actualisée par les professionnels. Lorsque les soins sont assurés par les IDE libéraux, les protocoles spécifiques à la prise en charge du patient sont mis à leur disposition dans le dossier domicile.

Afin de répondre aux besoins urgents, une astreinte paramédicale avec déplacement au domicile est en place.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les professionnels de l'HAD ont connaissance de l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour répondre aux besoins du patient de l'entrée à la sortie.

Le prestataire répond au cahier des charges défini dans la convention : préparation des dispositifs, transport, décontamination, maintenance 24h/24 et 7j/7, matériovigilance...

Les IDEC assurent la coordination entre les différents intervenants. Le travail en équipe est effectif. L'organisation permet un recours à l'équipe à tout moment.

L'IDE de liaison organise en amont de l'admission la logistique à mettre en place au domicile du patient.

Une astreinte médicale est en place. Lors de l'admission du patient, le SAMU est systématiquement informé par fax.

Les patients à haut risque vital sont déclarés à ERDF par le prestataire. Un double de cette déclaration est retrouvé dans le dossier domicile.

En cas de panne ou d'approvisionnement en urgence, une organisation est en place : astreinte paramédicale, astreinte du prestataire et stock d'urgence.

La traçabilité des interventions est assurée : bio nettoyage, décontamination du matériel, entretien des véhicules.

La traçabilité des différents intervenants dans la prise en charge des patients, y compris les IDE libéraux, est effective, comme observé lors du patient traceur et la visite au domicile du patient. Le logiciel permet la consultation du dossier au domicile du patient, la validation des traitements et la planification des soins sur les tablettes des IDE.

La traçabilité est réalisée et partagée.

Des actions d'éducation sont dispensées auprès des patients sur leur état de santé, les alarmes en place, le branchement des pompes, la prise des anticoagulants, la nutrition...

Les cadres organisent des réunions de service avec l'équipe pour la communication des informations.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont effectifs. Des retours d'expérience sont

organisés dès que la situation le nécessite.  
Les interfaces sont organisées et facilitent la coordination des professionnels des différents secteurs d'activité : PUI, services logistiques, prestataire.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'organisation de la gestion des équipements et produits au domicile du patient est évaluée sur la base d'outils identifiés par des audits internes, l'évaluation annuelle de la convention, les EPP, le suivi d'indicateurs IQSS, les enquêtes de satisfaction. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives. Des indicateurs qualitatifs (événements indésirables, enquête de satisfaction des patients) et quantitatifs (activité, IQSS, taux de retours des questionnaires de sortie, consommation de SHA) sont suivis.

## **A / AGIR**

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

Toutes ces évaluations sont suivies conjointement par l'encadrement et le service qualité. Elles permettent de mesurer et réajuster la cartographie des risques. A la date de la visite, 17 risques sont identifiés. 12 actions sont réalisées et 5 sont en cours. Les actions correctives définies au regard des résultats et mises en œuvre avec les équipes sont intégrées au PAQSS. Des supports et les modalités de diffusion des résultats sont en place : réunions de service, lettre qualité... La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers.