



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HOPITAL D'ENFANTS

60 rue Bertin

97476 SAINT DENIS

FÉVRIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	18
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
 - des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.
- et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL D'ENFANTS DE SAINT-DENIS	
Adresse	60 rue bertin 97476 Saint-Denis
Département / région	REUNION / OCEAN INDIEN
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	970430906	ASSOCIATION ST FRANCOIS D'ASSISE	60 rue bertin 97476 Saint-Denis
Etablissement de santé	970423000	HOPITAL D'ENFANTS DE SAINT-DENIS	60 rue bertin Bp 840 97476 Saint-Denis

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	27	57

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - CHU Réunion Réalisé, dates : 05/12/2011 Domaine : Filières de prises en charge, Prestations médicales, Prestations médicotechniques - CH Mayotte Réalisé, dates : 01/03/2011 Domaine : Prestations médicales, filières de prise en charge - Etablissement Public de Santé Mentale Réunion Réalisé, dates : 09/10/2014 Domaine : Prestations médicales - Association F LEVAVASSEUR (IMS Champs de Merle) Réalisé, dates : 01/01/2016 Domaine : Prestations médicales - Association Soins à Domicile de la Réunion Réalisé, dates : 31/10/2000 Domaine : Prestations médicales

- Cabinet privé de Radiologie « LES ALIZES » Réalisé, dates : 28/08/2012
Domaine : Actes de radiologie
- GCS TESIS Réalisé, dates : 14/09/2016
Domaine : Hébergement agréé de données de santé/Portail professionnel de partage de données de santé
- convention avec l'ARAR HAD depuis le 30 juin 2017

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	- CRCM (Centre référence et compétence de la mucoviscidose): Prévu pour le 31/12/2016 - CRTSA (Centre référence des troubles spécifiques des apprentissages): Prévu pour le 31/12/2016
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Mise en service des douches filiformes depuis 2ème trimestre 2017

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. 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.

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant	"SSR Hospitalisation complète Affections neurolog	A définir	Programmée	Complexe	SSR
2	Enfant	"SSR Hospitalisation partielle Affections neurolo	A définir	Programmée	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

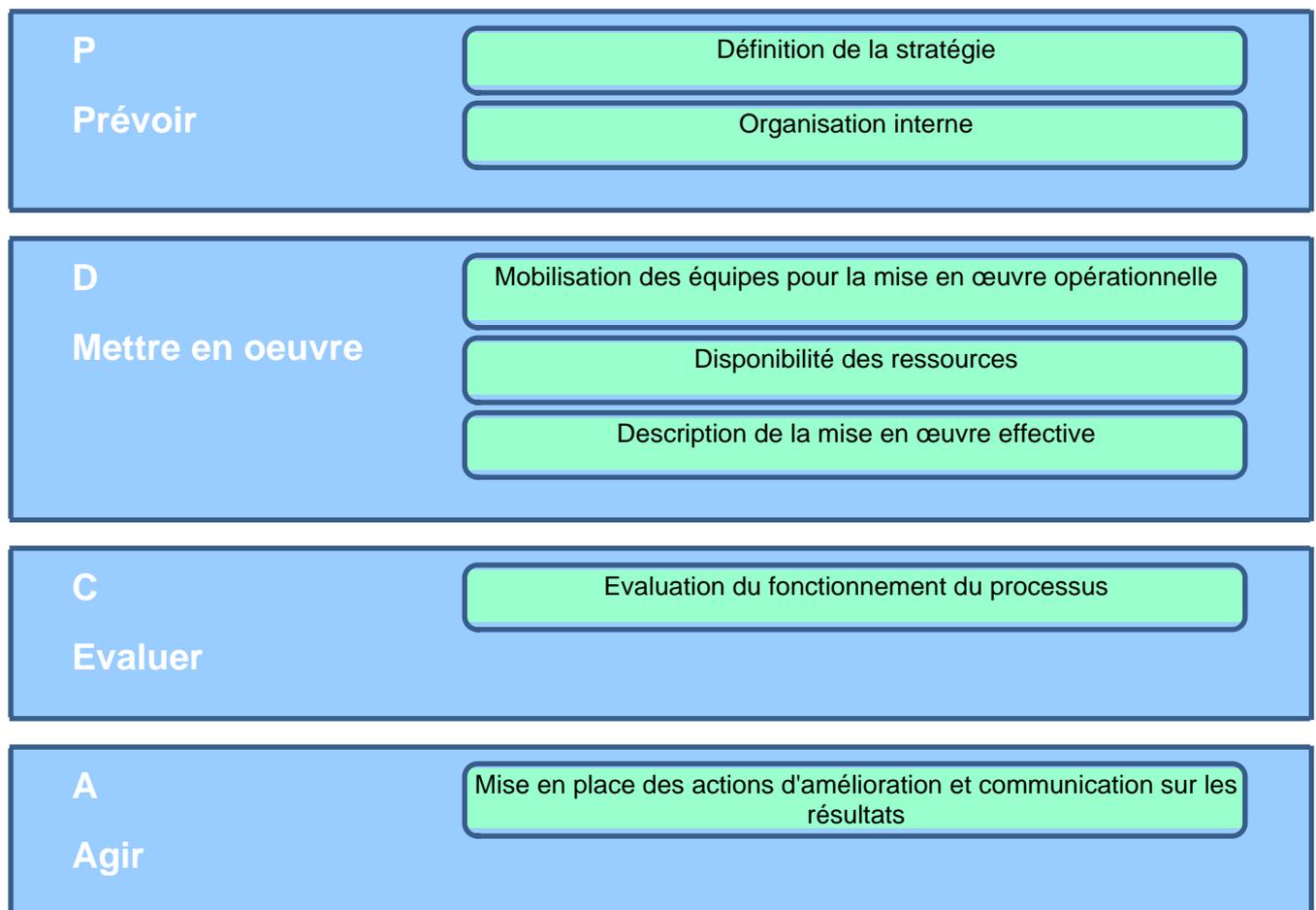
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique qualité 2015 2017, elle s'appuie au niveau de L'Hôpital d'Enfants (HE) spécialisée en SSR pédiatrique sur une identification, une analyse et une hiérarchisation des risques à priori, à postériori et des risques identifiés dans le cadre du compte qualité. Cette politique repose sur 7 axes, déclinée dans le projet d'établissement 2017 2021. Ce projet d'établissement repose sur un projet médical validé par la CME en 2015. La politique EPP, est définie et intégrée dans la politique qualité. La politique qualité est validée par la CME et le COPIL qualité gestion des risques. Les professionnels sont informés au travers des réunions qualité organisées dans chaque service appelées point qualité. Cette politique est déclinée dans un PAQSS formalisé avec pilotes, actions, délais et modalités de suivi. Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte : l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les résultats de la V2010 les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques de la V2014, la qualité gestion des risques dont les EPP. Les représentants des usagers ont été associés à la démarche.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital d'Enfant (HE) a établi une organisation structurée pour piloter le processus. Le directeur, le président de la CME et la responsable des soins sont les pilotes institutionnels. La directrice qualité et la gestionnaire des risques sont les pilotes opérationnels du management de la qualité et des risques, une fiche de poste précise leurs missions. Le pilotage du management opérationnel de la démarche qualité, gestion des risques et des vigilances est assuré par quatre instances (un COPIL qualité, un groupe de suivi des risques, un CREX, une RMM). Le COPIL qualité se réunit 3 fois par an, il est composé du directeur, du président de la CME, des médecins coordonnateurs de filières, des représentants des usagers, de la directrice qualité, de la gestionnaire des risques, de la coordonnatrice des soins, du responsable des projets et des pilotes de processus. Ce COPIL qualité est une instance de concertation et de décision en lien avec le comité de direction. Un groupe de suivi des risques, des vigilances et de la gestion de crise (dont le plan blanc et le plan cyclone) assure le suivi, l'analyse et le traitement des EI. Il est composé du directeur, du coordonnateur des risques associés aux soins, du coordonnateur des soins, de la directrice qualité, de la gestionnaire des risques. Il se réunit mensuellement et plus si nécessaire. Un CREX assure l'analyse des causes profondes des EI et propose des actions correctives. Il est composé des mêmes membres que le groupe de suivi des risques auxquelles des professionnels sont invités. Il se réunit mensuellement et plus si nécessaire. Des RMM composées du président de la CME, du coordonnateur des risques associés aux soins, de la responsable des soins, de la directrice qualité, de la gestionnaire des risques, assurent l'analyse des causes en cas de décès. Les missions de ces quatre instances qualité sont fixées dans un règlement intérieur. Un compte rendu est rédigé systématiquement. Celui-ci est porté à la connaissance des professionnels au travers des réunions point qualité et de la gestion documentaire informatisée. La CME a nommé le pharmacien, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins conformément au décret du 12 novembre 2010. Une lettre de mission précise ses missions et la coordination avec le COPIL qualité. Des pilotes par processus sont identifiés (12), leurs missions sont définies dans une lettre de mission générique. Des groupes de travail sont identifiés par processus, ils contribuent à la mise en œuvre de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins. Les EPP sont suivies par le président de la CME. Les réunions de services et la diffusion des comptes rendus du COPIL qualité, du groupe de suivi des risques CREX, RMM et des réunions des différentes instances: CLIN, CLAN, comité éthique, CLUD, COMEDIMS, permettent à l'ensemble des professionnels d'avoir une vue complète et parfois complexe de l'organisation qualité et gestion des risques. Une gestion documentaire informatisée est utilisée par les professionnels. Par ailleurs, une procédure précisant les modalités de signalement d'analyses et de traitements des événements indésirables est formalisée. Une charte d'engagement à la déclaration des événements indésirables a été validée en avril 2016. De même, un plan blanc, un plan cyclone et une procédure de gestion de crise sont formalisés. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'hôpital d'enfants organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Enfin, la gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique qualité est déployée sur les différents secteurs d'activité de l'hôpital : Elle repose sur le pilotage de la directrice qualité, de la gestionnaire des risques associés aux soins en lien avec le directeur, le président de la CME et la responsable des soins. Le directeur apporte les compétences

méthodologiques nécessaires auprès des professionnels. Au niveau de chaque service, les contrôles de conformité des pratiques aux dispositions prévues sont assurés par la coordonnatrice des soins (respect des procédures, suivi des événements indésirables) et les résultats sont présentés aux professionnels lors des réunions point qualité. Les professionnels des services sont force de proposition quant aux actions d'amélioration à conduire, et participent aux groupes de travail des différents processus. L'implication des professionnels en matière de signalement est effective.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'hôpital d'enfants bénéficie des compétences d'une directrice qualité (0,5 ETP) et d'une gestionnaire des risques à 0,75 ETP, mises à disposition par l'Association Saint François d'Assise gestionnaire de l'hôpital d'Enfants. Ces ressources permettent la réalisation d'actions de sensibilisation. Les ressources matérielles (dont locaux et équipements de postes informatiques) sont disponibles dans tous les secteurs d'activités. La disponibilité du directeur, de la directrice qualité, de la gestionnaire des risques et des membres du comité de pilotage qualité facilite le suivi des actions de maîtrise des risques. Le directeur est formé aux outils d'analyses. Il assure la formation des cadres aux méthodes d'analyses. Les documents utiles aux services sont produits pour les besoins spécifiques selon les règles de la gestion documentaire. L'établissement a mis en place, une gestion documentaire informatisée permettant la mise à disposition des professionnels des procédures et protocoles actualisés. Les professionnels ont été formés à l'utilisation de cette gestion documentaire par la directrice qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (signalement, analyses et traitement des événements indésirables, gestion documentaire, CREX, RMM, Patient traceur, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations et traitement de première intention). La démarche d'évaluation des risques à priori a été actualisée, elle a permis d'identifier de nouveaux risques. Ces risques ont été hiérarchisés et des actions de maîtrise ou de réductions des risques ont été intégrés dans le PAQSS. Les démarches d'EPP (4 nouvelles en 2017) sont opérationnelles et suivies par la CME. La directrice qualité rend compte des travaux des EPP à la CME. Chaque pilote d'EPP présente aux professionnels l'avancée des travaux lors des lundis de formation. Les dispositifs des vigilances et de la veille sanitaire sont opérationnels. La coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est assurée par le COPIL qualité gestion des risques. Le recueil des événements indésirables est réalisé depuis 2016 par tous les professionnels au travers d'un logiciel dédié intégré dans la GED (194 EI en 2016). Une charte de non poursuite a été signée par le directeur pour favoriser le signalement des EI. Le directeur et la coordonnatrice des soins proposent si nécessaire, des analyses des causes profondes lors de la survenue d'un EIG ou récurrent. Le COPIL qualité propose des actions d'améliorations qui sont intégrées dans le PAQSS. L'exploitation des plaintes et réclamations est assurée par le COPIL qualité avec une implication réelle des professionnels et des représentants des usagers. Des actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et contribuent à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Une évaluation de la satisfaction des patients en lien avec les membres de la CDU est réalisée au travers des questionnaires de sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital d'enfants a défini une procédure sur les évaluations du système qualité. Un rapport annuel d'activité est élaboré, il reprend les audits, les patients traceurs, les indicateurs par processus, les enquêtes de satisfaction. La politique EPP est évaluée en CME et le suivi de l'état d'avancement est assuré par le COPIL qualité. Les pilotes ont réalisé plusieurs audits en lien avec les professionnels. Une procédure précise les modalités d'analyses et de traitements des événements indésirables graves. 3 retours d'expérience ont été présentés aux professionnels en 2017. L'évaluation annuelle de la satisfaction des usagers est réalisée en interne au travers des analyses de questionnaires de sortie. L'évaluation du processus repose sur un dispositif englobant le suivi des actions identifiées au programme, en lien avec les pilotes de processus sous la forme d'un rapport annuel d'activités. Il intègre le bilan des EI, des audits, des CREX, la communication sur les thèmes qualité gestion des risques dans la GED. Le rapport d'activité est porté à la connaissance des professionnels lors des réunions point qualité, et disponible sur la GED informatisée.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de processus avec la participation des professionnels. Elles sont mises en place au niveau des services. Le suivi des actions d'amélioration est

réalisé par les pilotes de processus. Les professionnels des services peuvent consulter dans la gestion documentaire, ce suivi sur le plan d'actions qualité qui intègre la réalisation des actions. La directrice qualité et le directeur communiquent les résultats des actions lors des réunions point qualité et dans les instances. Le plan d'actions qualité est réajusté annuellement compte tenu des résultats des évaluations. Il est accessible aux professionnels dans la GED .

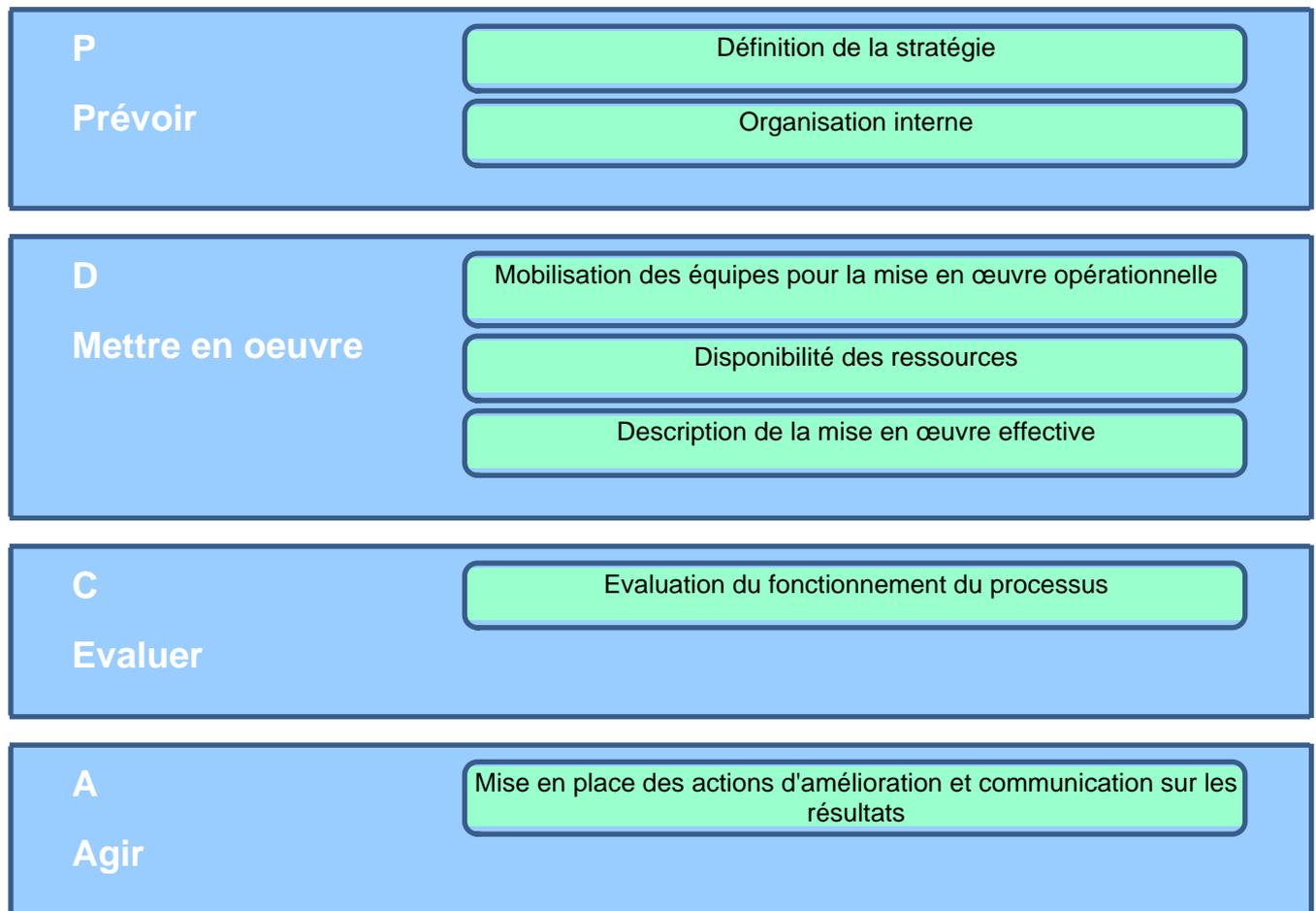
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie des droits des patients inscrite dans la politique des droits des usagers. La politique est déclinée sur 2 axes dans le projet d'établissement. L'accent est mis en particulier sur la promotion de la bientraitance et le respect des droits de patients. Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins et des risques à priori issus de la cartographie des risques. L'hôpital d'enfants a identifié, dans le compte qualité une analyse et des mesures de traitement de 5 risques. Les actions d'amélioration sont formalisées dans le compte qualité et le PAQSS, validé par le COPIL qualité et gestion des risques et la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'hôpital d'enfants a identifié le directeur comme pilote du processus droits des patients. Le directeur est chargé des relations avec les usagers. Les ressources humaines en charge du processus sont en adéquation avec le pilotage. Les besoins en formation pour les professionnels sur les droits du patient et la bientraitance sont identifiés. Il existe des notices d'information dans le livret d'accueil destinées au patient et leur entourage (modalités d'accès au dossier médical, le fonctionnement de la CDU, la charte de l'enfant hospitalisé, l'accompagnement des enfants et famille Mahorais). Des procédures sur les modalités de signalement en cas de maltraitance, en cas de dommage lié aux soins sont également formalisées. Ces procédures et notices d'information sont intégrées au dispositif de la gestion documentaire informatisée et accessibles aux professionnels. De nombreuses procédures ont été réactualisées en 2016. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activités .

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Des actions de formation sont réalisées chaque année sur la bientraitance. Des actions de sensibilisation sur la bientraitance sont dispensées par le référent bientraitance de l'association auprès des professionnels de l'hôpital d'enfants. Une enquête sur la bientraitance a été initiée auprès des professionnels en 2017. Un comité d'éthique a été initié en janvier 2017, il a validé une charte de fonctionnement du comité d'éthique et bientraitance en complément de la charte de bientraitance validé en 2016. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, les matériels (locaux adaptés au respect de la confidentialité et de l'intimité) permettent un accueil personnalisé des enfants hospitalisés et leur entourage. Les professionnels ont été formés sur la bientraitance et le respect de l'intimité. Des formations ont été conduites en 2016 dans le champ des droits des patients sur le droit des mineurs pour les professionnels. Des formations sur les droits des patients dispensées par le CISS ont été réalisées pour les membres de la CDU. Des notices d'information destinées au droit des patients (livret d'accueil et de nombreuses procédures sont rédigées et intégrées dans le système de gestion documentaire ou les professionnels ont un accès en permanence. Les locaux sont adaptés à la prise en charge des personnes handicapées. Le diagnostic accessibilité handicapés a été élaboré en 2015 et des actions de mise en accessibilité ont été réalisées en 2016 et 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'hôpital d'enfants met en œuvre les organisations prévues pour le respect des droits des patients. Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité de l'enfant hospitalisé. L'hôpital d'enfants affiche le respect des droits des patients au travers d'une charte de bientraitance. Le droit à l'information et l'autorisation du représentant légal, aux soins sont des données du dossier patient. L'information des dommages associés aux soins au représentant légal de l'enfant est tracée dans le dossier patient. La mise en œuvre des droits des patients lors des pratiques quotidiennes des professionnels et l'implication des représentants des usagers est effective. La CDU s'est réunie 5 fois en 2016. Les interfaces entre la CDU, le directeur , le président de CME et la responsable des soins sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la mise en œuvre du programme d'actions relative aux droits des patients est réalisée (analyses de questionnaires de satisfaction des patients, bilans FEI droits des patients, audits de patient traceur, CDU, COPIL qualité, indicateurs). Les professionnels sont informés régulièrement lors des réunions point qualité, des résultats des évaluations. La satisfaction des patients et de l'entourage est évaluée régulièrement au travers du logiciel qualité. Le rapport annuel de la CDU est réalisé. Les évaluations relatives aux droits du patient sont intégrées dans le rapport annuel d'activité.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration est réalisé par le pilote du processus. Le directeur au travers du COPIL qualité conduit à réexaminer les objectifs définis au regard des risques identifiés afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès de la CME, des professionnels lors des points qualité, et des usagers lors de la réunion de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

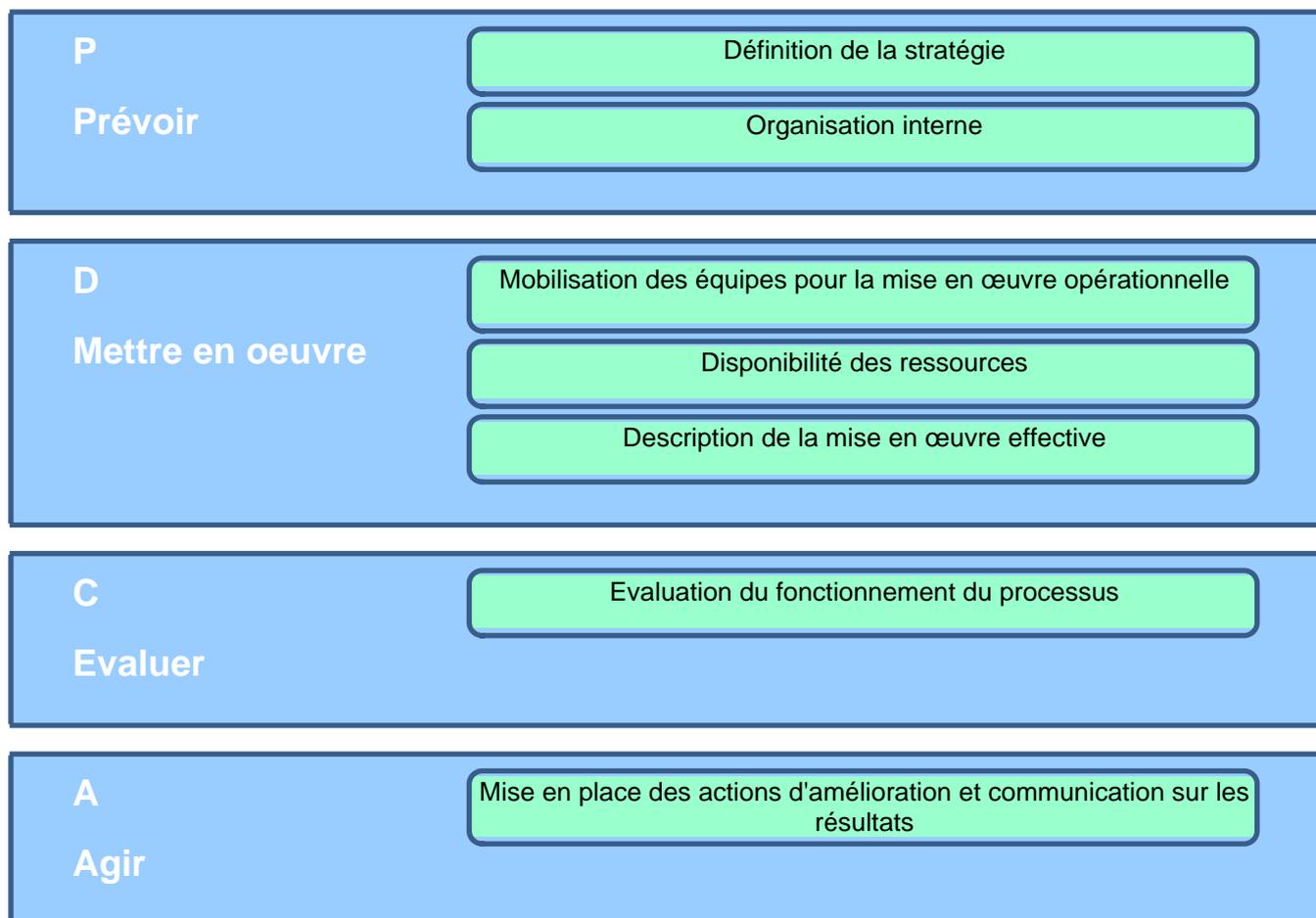
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital d'Enfant (HE) a mis en place une stratégie prenant en compte les besoins de la population inscrits dans le Projet d'établissement 2017-2021 dans un contexte de recentrage de l'hôpital d'enfants sur ses missions de soins de suite (le projet de soins et le projet qualité (renforcer les articulations avec les structures d'amont et daval : proposer des outils permettant la continuité de l'information et d'harmoniser les procédures afin de faciliter le passage d'un secteur à l'autre, d'accompagner et d'évaluer la mise en place du DPI afin de garantir la continuité et la coordination des soins). Un groupe de travail a été mis en place comprenant la DSSI, 2 CS, le président de la CME, un kinésithérapeute et une secrétaire. Des sous -groupes de travail étaient mis en place en fonction des thématiques. 5 principaux risques en lien avec le parcours dans le CQ Risques ont été identifiés (projet de soins, ETP, suicide, PEC enfants de Mayotte, formalisation des parcours de soins), et dans le PAQSS (PEC des fins de vie, douleur, identitévigilance). L'objectif prioritaire a été de réorganiser la prise en charge par plateaux (HC, HDJ, Plateau Technique Transversal, Unité Obésité Infantile (UOI)) initiée en 2014 dans de nouveaux locaux, dans un contexte difficile de mouvement des membres du management (direction, cadres de santé) et de certains professionnels. L'identification des risques des différents Parcours a été réalisée en 2016 par la nouvelle DSSI et le comité qualité et sécurité des soins qui ont réalisé une évaluation sur la base des EIO de tous les secteurs d'activité en prenant en compte les résultats des FSEI en lien avec les parcours, la réflexion croisée avec les Cadres de Santé suite à leur état des lieux, les deux patients traceurs en décembre 2016 et juillet 2017 et les deux audits du DPI. Cette stratégie et ce PAQSS ont été validés et présentés en CME, en CQSS et en CDU d'avril 2017. Une communication aux professionnels de santé a été réalisée par l'intermédiaire des membres des groupes, les cadres de santé, l'ergothérapeute et l'assistante sociale.

ORGANISATION INTERNE

Pour piloter le processus, la coordinatrice de soins a été nommée pilote du processus. Une fiche de poste générique définit ses missions.

Suite à ce recentrage de l'hôpital d'enfants sur ses missions de soins de suite, et au financement de la réforme sur les activités du SSR, l'HE a dû revoir ses processus organisationnels et décisionnels en terme de parcours du patient et de gestion des lits. L'HE a dû adapter ses moyens aux nouvelles activités. Pour ce faire, un accompagnement des professionnels par la direction a été réalisé via un plan de formation institutionnel, personnel et diplômant (gestion des risques, méthode patient traceur, ETP, identitévigilance, juste distance, circuit du médicament, AFGSU, DU... Des formations par pairs ont été réalisées sur le terrain par les professionnels experts et compétents sur des pratiques spécialisées comme par exemple en brûlologie (Kiné référente douche filiforme possède un DU). L'objectif de l'établissement est de faire assurer un suivi de retour de formation par l'agent formé auprès de ses collègues. Une prise en charge en doublon est réalisée pour les nouveaux professionnels soignant (IDE, AP, AMP, AS) et pour les thérapeutes en fonction de leur parcours et expériences professionnels. Une mise en place de recrutement de puéricultrice est en place depuis 2016 (16 recrutement sur 30). L'UOI (HDJ) possède une équipe dédiée. Par ailleurs, de nombreuses réunions CME et dans les services ont eu lieu ainsi que des échanges réguliers avec le nouveau directeur dans les services lors de ses passages. Une implication médicale importante est à souligner, le président de la CME faisant le relai entre les médecins. Notamment, ils ont participé au travail sur l'entrée du patient comme par exemple la réorganisation de la cellule de programmation mise en place en 2014 permettant une clarté dans l'organisation de la PEC du patient et dans la gestion des lits ainsi que dans la mise en place en réunion pluridisciplinaire de la « synthèse d'annonce », mais aussi dans la mise en place du DPI, etc. Pour mettre en place la cellule de programmation, 3 postes ont été créés. Cette cellule (qui a une place centrale dans la prise en charge des patients en terme d'uniformisation des pratiques) crée un dossier d'annonce selon le diagnostic médical du patient et les besoins en soins et rééducation à partir du dossier d'admission discuté et validé en commission d'admission. Ensuite, elle fait la programmation des séances sur les agendas des professionnels qu'elle envoie à la secrétaire qui convoque le patient. Dès son arrivée, la secrétaire remet au patient son programme de la semaine qui est renouvelé, réactualisé si besoin tous les jeudis.

Parallèlement à la réorganisation par plateau, l'organisation des secrétariats médicaux a été modifiée afin d'optimiser la gestion des rendez-vous, la maîtrise des délais de production des courriers, de clarification des tâches ou de transmission des informations (plus de secrétariat externes mais un secrétariat d'HDJ commun et sectorisé en 2 filières pédiatrie et rééducation. Le matériel est prévu, l'HE s'est doté d'une douche filiforme et de chaise douche sécurisée ainsi que d'équipements de manutention pour les patients, d'une salle de Snoezelen, laboratoire d'analyse de mouvement, d'équipements spécialisés tels qu'un matériel de vacuothérapie, d'un appareil EFR, etc. Le technicien biomédical accompagne les professionnels, il est force de proposition dans le choix et la prise de décision d'achat du matériel, assure la maintenance dans le système GMAO. Il assure le suivi et le relai avec les prestataires extérieurs. La

douche filiforme fait l'objet d'une surveillance quotidienne (écoulement d'eau tous les jours), hebdomadaire par le service technique (choc thermique) et une surveillance bactériologique mensuelle par l'IDE hygiéniste en lien avec un laboratoire extérieur. Les procédures et protocoles ont tous été revus et adaptés aux nouvelles organisations et prises en charge (astreintes des cadres de santé, déclarations des enfants Mahoré : déclaration d'information préoccupante » et suite aux EPP comme sur les brûlés, etc. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (soins, rééducation, médico technique et administratif).

Le dossier patient informatisé (volet prescription médicamenteuse et administratif) et les réunions pluridisciplinaires permettent de gérer les interfaces et de faciliter la concertation entre les différents professionnels concourant à la prise en charge du patient. L'établissement joue un rôle indispensable dans la prévention des maladies chroniques et assure aussi la réinsertion sociale et éducative de jeunes patients. Les médecins présentent les profils de patients en commission d'admission. Les deux assistantes sociales de l'Hôpital d'enfants travaillent en étroite collaboration avec les assistantes sociales du CHU. L'établissement prend en charge des enfants en situation sociales souvent complexes et/ ou- en provenance de Mayotte. Les patients mahorais sont issus très souvent de situations sociale et familiale très complexes. L'établissement a une autorisation pour 2 programmes Diabète et Obésité. Sont en cours de demande pour l'ETP sur l'asthme, et pour l'épilepsie. Des actions d'éducation sont en place depuis plusieurs années comme sur les brûlés, les aides ventilatoires chez l'enfant atteint de maladie neuromusculaire. Par ailleurs, l'établissement est référencé centre de compétences pour les maladies neuromusculaires rares.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs communiquent auprès des équipes sur les objectifs de l'établissement sur le parcours du patient. Ils impulsent une démarche d'amélioration de la qualité et sensibilisent les professionnels aux risques inhérents dans leur secteur. Des contrôles inopinés sont réalisés par les cadres de santé sur les bonnes pratiques des professionnels en matière de DPI, chariot d'urgence, etc. lors des réunions, des temps pivot de rééducation, des entretiens. Les professionnels participent aux déclarations et analyse des FSEI, CREX, des EPP et de la mise en place des actions correctives et des nouvelles pratiques. Les professionnels sont demandeurs quand ils sont confrontés à de nouvelles pratiques. L'établissement participe annuellement aux journées de sécurité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences internes et effectifs nécessaires sont disponibles. Les formations inscrites au plan de formation sont mises en œuvre (Obésité, prise en charge alimentaire, urgences vitales, etc.). Les tableaux mensuels d'astreintes administratives, médicales, soignantes et des pharmaciens sont affichés dans les secteurs. Les professionnels ont accès aux protocoles et procédures en lien avec le parcours du patient consultables sur la gestion documentaire informatique. Les professionnels concernés participent à l'élaboration et la réactualisation des protocoles/procédures. Le matériel et les équipements sont disponibles et la maintenance est mise en œuvre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement SSR n'est pas habilité dans ses missions à prendre en charge des enfants se présentant pour une urgence. Un bilan initial est réalisé par le médecin, l'IDE et chaque rééducateur en charge du patient, tracé sur le DPI. Un recueil des besoins est réalisé par les IDE et les rééducateurs. Le projet de soins personnalisé concerté, intégrant la réflexion bénéfico-risque est réalisé en réunion pluridisciplinaire, il est réactualisé régulièrement et tracé dans le DPI. Il est présenté et validé par l'enfant et par ses parents. Les prises en charge reposent sur des staffs, réunions pluri professionnelles de synthèse, points qualité, commissions d'admission, transmissions ciblées, etc. suivies de compte rendus. Le risque suicidaire est recherché dans le cadre du bilan IDE dans son recueil de données dans la rubrique 'éviter les dangers ». L'établissement n'a jamais été confronté à cette problématique, cependant la direction a fait appel aux pédopsychiatres de l'association ainsi qu'à l'établissement de santé mental du CHU avec proposition de participer en fin d'année à une EPP commune sur le risque suicidaire afin de mettre en place une organisation en cas de besoin. Le dépistage et suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Un « Groupe oralité » a été créé en 2015 dont les missions sont centrées sur la partie rééducation pour la prise en charge des patients porteurs de gastrotomie. Le Clan est opérationnel. Deux diététiciennes font partie du CLAN et à ce titre donnent leurs avis sur la qualité des repas servis et les menus, entre autre, ainsi que des orthophonistes et psychomotriciennes pour les prises en charge individuelles et collectives. Des référents sont nommés dans les secteurs d'activité. L'anticipation de la sortie est recherchée. Elle est décidée en commission d'admission. Pour les enfants de la Réunion, le retour se fait soit au domicile avec une prise en charge médico-sociale soit un transfert dans des structures de l'association. Quand la sortie est programmée, le patient sort avec son ordonnance et compte rendu à destination du médecin traitant/Médecin de la structure. Pour les enfants de Mayotte, un retour est organisé avec une évacuation sanitaire accompagné ou non par une IDE si besoin. Il existe une coopération active entre l'HE et les établissements du groupe hospitalier de territoire

Réunion- Mayotte, les établissements de prise en charge à domicile, la médecine de ville ou encore le Réseau Pédiatrique 974. L'établissement possède 2 lits de soins palliatifs, un Médecin est titulaire du DU. Un guide interne de PEC de Soins Palliatifs existe. Des rencontres avec l'EMSP sont réalisées, l'établissement participe aux JSPOI tous les 2 ans (2017 : 4 personnes inscrites : Cadre, IDE, AP, Kiné), aux rencontres avec l'EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs) et/ou avec L'ERSPP (Équipe Ressource Régionale Soins Palliatifs Pédiatriques). Expérimenté depuis 2016 par le CHU de la Réunion, la mise en place de l'« Accueil familial thérapeutique pour les enfant de Mayotte » est en cours. Concernant le dispositif de prise en charge des urgences vitales, un travail sur l'homogénéisation a été réalisé en mai 2016 qui a permis de mettre aux normes les chariots d'urgence. Chaque service est équipé d'un chariot d'urgence avec DSA et appareil à aspiration. Le chariot d'urgence est contrôlé avec traçabilité par les IDE de l'équipe de nuit. Des formations AFGSU ont été réalisées (20 agents), elle est devenue institutionnelles annuelles depuis. Par ailleurs, des formations sont réalisées les « lundis de formations » sur les gestes de soins en urgence, la prise en charge des brûlés, la douleur, les soins palliatifs, la pratique de la voie veineuse, etc.). Toutefois, le dispositif de prise en charge des urgences vitales n'est pas totalement adapté. Il n'y a pas le numéro d'appel des urgences vitales affiché et visible. Les AP rencontrés qui donnaient à manger aux enfants ont eu la formation AGFSU, connaissent la conduite à tenir mais ne savent quel numéro appelé en premier. Une réflexion est en cours et un travail est engagé par la DSSI et le cadre de santé du secteur HDJ afin de mettre en place un travail en binôme IDE/AP. Par ailleurs, sur le plateau technique, il existe un téléphone mural à proximité en cas d'urgences vitales dans la salle de la douche filiforme, mais il n'y a pas de bouton poussoir d'urgence. L'établissement est conscient de cette problématique et a prévu un système PTI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HE évalue le dispositif au moyen des questionnaires de sortie reprenant les thématiques du parcours patient mais aussi au travers des audits (chariot d'urgence, DPI, circuit du médicament, etc.), des 2 patients traceurs, des contrôles inopinés des cadres, des EPP sur l'épilepsie, le douleur, le risque infectieux, sur les brûlés, etc. Les indicateurs sont suivis à partir des différents points de vigilance (traçabilité de la douleur, traçabilité dans le DPI, port du bracelet d'identification, etc.) .

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration (comme la révision des procédures et la réorganisation des chariots d'urgence, la mise en place des douches filiformes, le guide pratique des bonnes pratiques réalisé par les professionnels, l'affiche sur la prise en charge de l'obésité infantile, etc.) qui en découlent sont intégrées au PAQ. Le PAQSS est suivi par la coordonnatrice des soins. Une communication des résultats est réalisée oralement par les cadres de santé lors des différentes réunions, via les journaux « Nout z'infos » et infoqual, par mail mais aussi lors de la journée "Portes ouvertes".

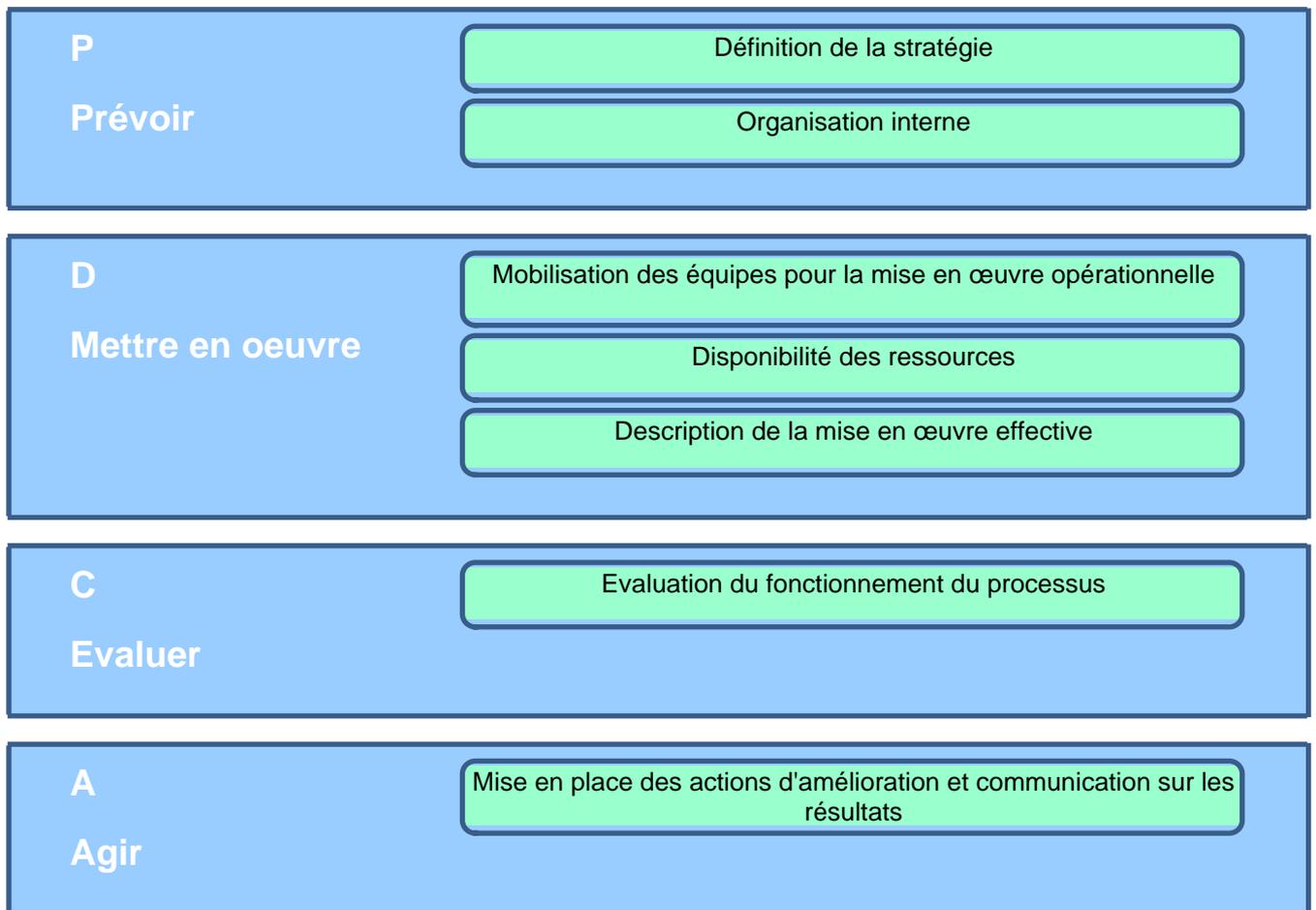
DOSSIER PATIENT

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

L'hôpital d'enfants s'est engagé dans une démarche d'informatisation du dossier patient depuis de nombreuses années. Il a poursuivi sa stratégie concernant le dossier patient avec le déploiement d'un nouveau dossier patient en 2016. Cette stratégie est intégrée dans le CPOM au travers de l'uniformisation du dossier patient. Deux objectifs sont définis dans le projet d'établissement 2017 2021: améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient et structurer et partager les informations médicales. La politique a été validée en CME et a fait l'objet d'une information auprès des professionnels. De plus cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des risques à priori et à postériori propres à l'établissement, des résultats de la certification V2010 de l'élaboration de la cartographie des risques, des besoins recensés au travers des résultats des évaluations <Tenue du dossier patient > (l'HE n'est pas soumis au recueil des indicateurs IPAQSS), entraînant la définition d'objectifs et l'élaboration d'un plan d'actions intégré dans le PAQSS. Cinq risques identifiés prioritaires alimentent le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'hôpital d'enfants a mis en place une organisation interne pour piloter le processus dossier patient. Le responsable projets en charge des secrétariats médicaux est identifié comme pilote de la thématique dossier patient. Un groupe de travail DPI composé du pilote désigné et des professionnels référents (un par unité d'hospitalisation) est chargé depuis 2016 du suivi de la mise en place du dossier patient constitué du dossier patient informatisé (prescriptions de biologie, de radiologie et des médicaments) et d'une partie du dossier papier (copie pièces d'identité, autorisation parentale, certificat MDPH, prescriptions d'appareillage et courbes de poids). A la fin du séjour les éléments du dossier papier sont scannés puis intégrés dans le DPI. Le médecin DIM, la TIM et les infirmiers référents sont désignés pour assurer la formation de l'utilisation du DPI. Les profils d'accès des utilisateurs sont définis et la traçabilité des accès est assurée. La secrétaire TIM et le médecin DIM, s'assurent de la qualité du recueil des informations. Un référent applicatif est désigné. Les règles de gestion du dossier patient formalisées et diffusées : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc. L'accès des professionnels au dossier informatisé est réglementé. Le mot de passe est modifié tous les 6 mois. Pour mener à bien le déploiement du logiciel du dossier patient informatisé, et sa stratégie, l'établissement a mis en place les ressources humaines (formation, compétences), le matériel adapté dans toutes les unités, il a mis à jour et validé l'ensemble des procédures définissant le circuit du dossier de son admission à son archivage. L'archivage est organisé et placé sous l'autorité de la secrétaire et du médecin DIM. La gestion documentaire comprend de nombreuses procédures en lien avec le dossier patient : guide technique du DPI, circuit du dossier patient, accès du patient à son dossier, «évaluation du dossier patient», «gestion des archives médicales». En cas de panne du dossier patient informatisée, le plan de continuité d'activité (PCA) et le plan de retour d'activité (PRA) sont formalisés. Un dispositif mode dégradé tous services existe sous forme papier. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et opérationnelle pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de soins, administratifs).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge de l'enfant hospitalisé à toutes les étapes de cette prise en charge. Le groupe de travail a en charge le déploiement du logiciel la formation des professionnels de santé, des administratifs, des paramédicaux et des médecins. Il a un rôle majeur dans le paramétrage du logiciel auquel a participé activement des professionnels ressources volontaires. L'hôpital d'enfants a mobilisé l'ensemble des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle, notamment le déploiement du logiciel. Les équipes connaissent les objectifs et les mesures à mettre en place pour les atteindre ainsi les règles de gestion du dossier patient informatisé. Le groupe de travail a mis en place un audit pour s'assurer de la conformité des pratiques, son analyse a permis l'élaboration d'un plan d'action .

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des référents dossier patient sont désignés, ils assistent les professionnels au quotidien et forment les nouveaux arrivants à l'utilisation de l'outil. Des formations sont dispensées aux professionnels et aux nouveaux arrivants pour permettre la mise en place effective de ce dossier. Tous les professionnels concernés ont été formés par le prestataire. Cette formation a été déployée en interne par des personnes ressources. La charte informatique est incluse dans le règlement intérieur remis aux professionnels et le livret d'accueil du personnel. Les documents sont tous accessibles et actualisés. L'équipement

informatique est disponible et suffisant. Enfin, les locaux sont conformes et adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs de l'HC et HJ connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie pour le bon fonctionnement de la prise en charge. Une organisation est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré admission, l'admission, jusqu'à la sortie pour le DPI. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge sont tracés en temps réel dans le dossier : informations recueillies au moment de l'admission, et les informations formalisées établies au cours du séjour et à la fin du séjour. Cela a été vérifié lors des patients traceurs. L'accès aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif, cela facilite la réalisation des réunions staff et des synthèses pluridisciplinaires. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée en temps utile. La confidentialité des informations est respectée dans les différents secteurs (postes informatiques rangés dans les salles sécurisées) une organisation est en place. Le médecin DIM gère les demandes d'accès au dossier par le représentant légal de l'enfant hospitalisé L'accès du représentant légal de l'enfant hospitalisé à son dossier est assuré conformément à la procédure et à la réglementation. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée. Cette organisation est connue de tous les professionnels. Ces informations sont transmises à la CDU (35 dossiers transmis en 2016).

Cependant, les délais règlementaires d'envoi du dossier patient ne sont pas toujours respectés. Le délai d'envoi des dossiers patients n'est pas systématiquement respecté, son analyse fait l'objet d'un suivi. La sensibilisation des professionnels est un axe d'amélioration en 2017.

L'archivage du dossier papier est géré par un archiviste après l'envoi du compte rendu du séjour aux médecins adresseurs. La gestion des archives médicales est sous la responsabilité du médecin DIM. Le médecin DIM. Les interfaces avec les professionnels extérieurs (laboratoire d'analyses médicales, radiologie et médecins adresseurs) sont mises en œuvre conformément à l'organisation définie , synthèse de sortie, double de l'ordonnance de sortie).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital d'enfants assure une évaluation annuelle dossier patient par le biais d'un audit présentant les critères similaires à celui des IPAQSS. Un audit a été réalisé en 2017, des points d'amélioration sont identifiés et le groupe de travail a identifié des actions correctives. Des actions correctives sur la tenue du dossier patient des services ont été mises en place et vérifiées lors des patients traceurs et de l'évaluation du processus. Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient se fait aussi sur la base de l'analyse des événements indésirables (6 en 2016) et de l'analyse des questionnaires de sortie. L'hôpital d'enfants suit les indicateurs HN. L'accès au dossier par le patient fait l'objet d'une évaluation, un tableau de bord de suivi des demandes de consultation de dossier est en place, (35 demandes ont été formulées pour l'année 2016). L'analyse a permis au pilote de proposer des actions d'amélioration. Les résultats des évaluations de la gestion dossier patient et des demandes d'accès du représentant légal au dossier de l'enfant hospitalisé sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée.

A / AGIR

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

L'hôpital d'enfants assure annuellement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilans annuels , etc.). L'analyse permet l'identification d'actions d'amélioration. Les actions relatives aux risques identifiés par les groupes de travail alimentent le CQ. Elles sont intégrées dans le plan d'actions articulé dans le PAQSS institutionnel 2017. Les actions 2017 ont majoritairement été centrées sur le déploiement du nouveau logiciel : actions de formation, mises à jour ou élaboration de protocoles et procédures, réunion avec les professionnels pour améliorer la pertinence de la traçabilité de leur intervention. Le suivi des actions est assuré par le médecin DIM lors des COPII qualité , conformément au dispositif institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis(GED , réunions point qualité). La communication des résultats est réalisée par la directrice qualité, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

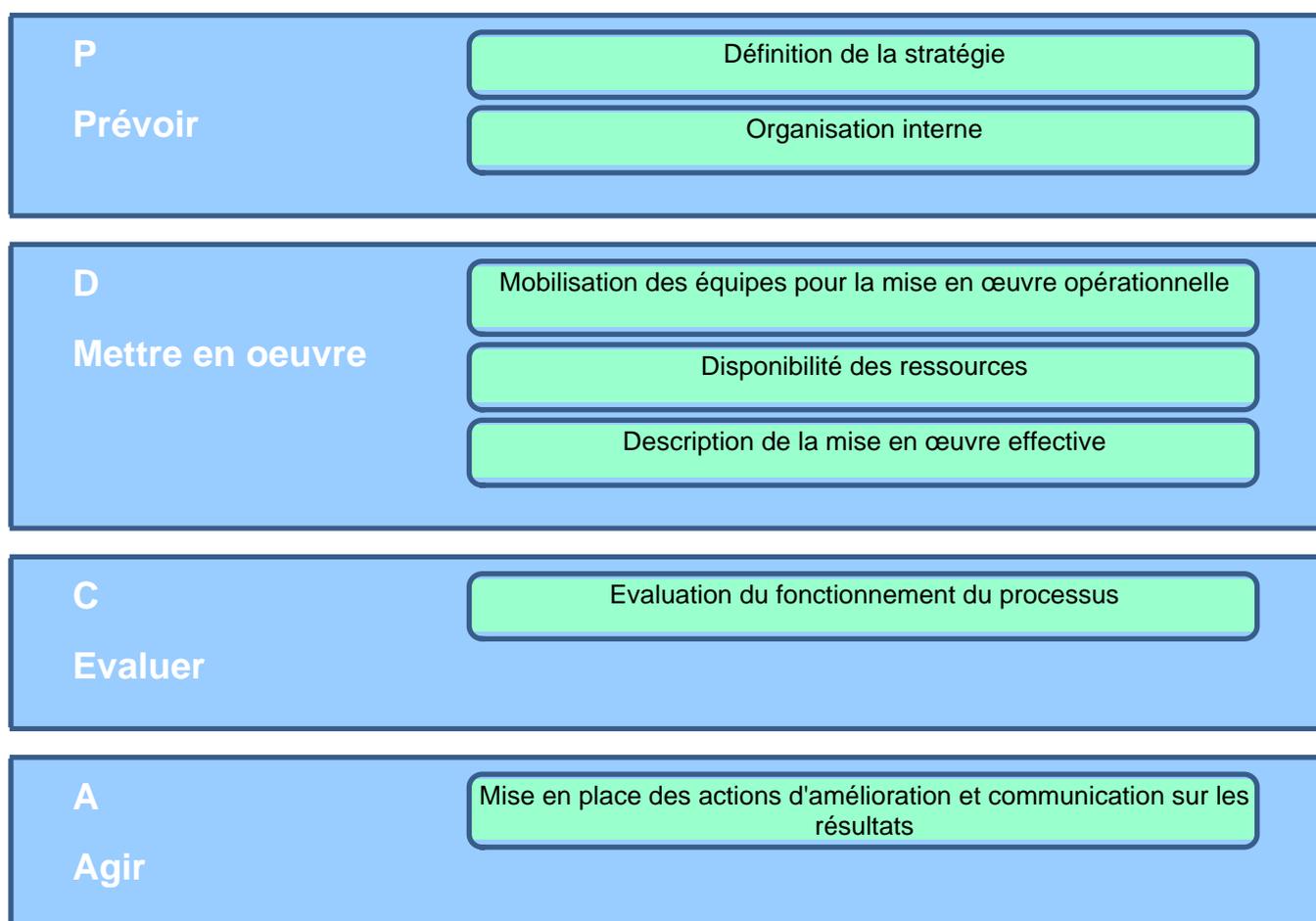
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'hôpital pour enfants (HE) est formalisée. La mise en place du Management de la PECM est inscrite dans les orientations du projet d'établissement 2017-2021 et dans la politique qualité dont l'axe principal est de sécuriser le circuit du médicament. La politique s'est basée entre autre sur l'Arrêté RETEX du 6 avril 2011, la Circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 24 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, les recommandations des dernières visites de l'ARS en 2014 et 2017, les résultats des différents audits sur le circuit du médicament et des CREX. Une cartographie des risques a été réalisée par un groupe de travail « Circuit du médicament » initié en 2014 composé du pharmacien, de la DSSI, de la Qualité et des Cadres de santé pour l'hospitalisation complète à partir de l'outil Interdiag de l'ANAP en 2014. L'établissement a identifié et priorisé 5 risques de niveau 2 à 4 selon la méthodologie de l'HAS inscrits dans le PAQSS et le CQ. La stratégie est déclinée en objectifs (améliorer la sécurisation du circuit du médicament en mettant en œuvre les recommandations issues de la dernière inspection ARS, formaliser le processus de la PECM suite à l'informatisation du circuit du médicament et sécuriser les conditions de stockage, organiser la gestion des risques liés à la PECM par des actions de formation et de sensibilisation des personnels ainsi que mettre en œuvre l'information du patient sur son traitement et sur la réflexion bénéfice-risque). La stratégie a été validée par les instances (COMEDIMS/CME) en juillet 2017. La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée en un PAQ avec des objectifs définis, des actions d'amélioration, des pilotes, des échéances et l'état d'avancement. Le PAQ est suivi par le groupe de travail et la qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Depuis novembre 2016, la prescription est établie sur un support informatisé « Hôpital Manager » éditeur (SOFTWAY) de la prescription à l'administration. Le logiciel de gestion pharmacie est PHARMA. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète sur tout le circuit en lien avec le système d'information ce que confirment les indicateurs numériques. Le Dossier Patient Informatisé est interfacé avec le logiciel de pharmacie. L'organisation de la mise en œuvre du programme repose sur la pharmacienne et les cadres de santé. La pharmacienne est pilote du processus, elle est aussi nommée responsable RQPECM et Coordonnateur des risques associés aux soins depuis avril 2017, pharmaco et matériovigilante. Elle anime, en lien avec la Direction et le Président de la CME, la démarche qualité et de gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse, en s'appuyant sur le groupe de travail permanent. Ses missions sont définies dans une fiche générique. Le pharmacien gérant est président du Comedims. Un médecin référent Antibiotique a été désigné sur l'établissement. Deux référents pharmacie sont nommés par secteur. L'organigramme de la PUI et la liste actualisée des prescripteurs habilités sont disponibles à la pharmacie et sur la gestion documentaire informatique. La permanence pharmaceutique est organisée via une astreinte des pharmaciens les WE et jours fériés, (tableau des astreintes établi mensuellement, validé par la direction est envoyée par mail aux différents service par la secrétaire de direction). Par ailleurs, une dotation pour besoins urgents « chariot exceptionnel » a été mise en place. Le Manuel qualité est en cours de formalisation, la charte de fonctionnement de la PUI décrit les principes généraux, la gestion des plannings, l'organisation du travail, la gestion des absences, l'organisation des astreintes. On retrouve l'organisation de la PUI dans la politique du circuit du médicament. Des procédures existent (accessibilité à la PUI, distribution des commandes, commande des fluides, gestion du traitement personnel du patient, procédure dégradée en cas de panne informatique, etc.). Les besoins en effectifs sont définis (1 pharmacienne à 0,5 ETP, un pharmacien gérant à 0,80ETP et 3,4 ETP préparatrices en pharmacie et un apprenti préparateur). Des outils d'aide à la prescription sont intégrés dans le logiciel de pharmacie comme la base Claude Bernard, et le livret thérapeutique, et des protocoles simplifiés sur des domaines récurrents comme la douleur, les prémédications, etc. ont été créés afin de faciliter la prescription. Des tableaux d'équivalence ont été également mis en place pour permettre de substituer quand cela est possible un médicament par celui qui existe dans le livret thérapeutique ainsi qu'un tableau sur les médicaments à risque de surdosage et leurs antidotes (disponible dans la GED). Par ailleurs, le logiciel est doté d'un système de rappel lorsqu'il y a un rappel d'antibiothérapie à prescrire. Une liste des antibiotiques présents dans l'établissement a été établie avec ceux pour lesquels une surveillance et une réévaluation doit être faite. Un tableau d'équivalence a été mis à disposition des prescripteurs ainsi qu'un tableau sur les médicaments à risque de surdosage et leurs antidotes. De plus, une liste des antibiotiques présents au sein de l'HE a été établie avec ceux pour lesquels une surveillance et une réévaluation doit être faite. L'établissement ne réalise aucune édition sur le circuit du médicament sauf en mode dégradée en cas de panne informatique conformément à la procédure. Les interfaces entre la pharmacie, les services cliniques, logistiques et administratifs sont opérationnels facilités par le logiciel du DPI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique est déclinée par secteur avec une appropriation des objectifs et plans d'actions. Les cadres de santé sensibilisent et mobilisent leurs équipes lors de l'identification et la mise en place des actions correctives, lors des déclarations d'événements indésirables, des analyses des CREX et EPP et audits du circuit du médicament. Les professionnels sont informés des résultats par la responsable Qualité et les cadres de santé. La charte de non sanction formalisée (incitation à la déclaration) encourage le recueil d'événements indésirables médicaments. L'analyse est réalisée en Gestion des Risques. Un recensement des erreurs médicamenteuses par la pharmacienne et des CREX médicaments sont réalisés (4 en 2016 et 1 en 2017).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation des professionnels (y compris les nouveaux prescripteurs et les utilisateurs) au logiciel informatique est réalisée par les référents médicaux et paramédicaux. Les effectifs sont considérés comme adaptés. Des actions régulières de sensibilisation aux risques d'erreur sont réalisées par la pharmacienne lors des « Points qualité » au cours des réunions de service hebdomadaires (Formation sur le circuit du médicament, distribution et risques en 2015). Les équipements et matériel sont disponibles (plans de cueillette, PC portables adaptés, chariots de dispensation, etc.). L'entretien et la maintenance sont réalisés par le service technique. Les professionnels ont à disposition les protocoles et procédures dans la gestion documentaires informatiques. (Procédure de retour des médicaments, médicaments de la chaîne du froid, des poches parentérales, liste des médicaments à ne pas écraser, etc.). Les médicaments à risques (Médicaments anticoagulants : AVK, Méthotrexate par voie orale, Insuline) sont définis et la liste est mise à jour en CME. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée régulièrement par les professionnels Médecin/IDE et lors des points qualité et en semaine de sécurité annuel (poster). La PUI est conforme, l'accès est sécurisé par une carte magnétique. La délivrance est individuelle nominative journalière. Les chariots sont préparés pour 3 jours. Les services disposent d'un chariot d'urgence dont la composition et le contrôle sont définis dans une procédure. Les médicaments de la PUI sont principalement en conditionnement unitaire hospitalier. Dans le cas contraire, ils sont déconditionnés et remis en blisters. Des étiquettes permettent de sceller les blisters des médicaments reconditionnés sont édités. L'administration est tracée en temps réel grâce au logiciel HM. La gestion des stocks est informatisée et permet une traçabilité des médicaments.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les processus établis. La prescription est nominative. Elle est totalement informatisée. La pharmacienne a accès à l'ensemble du dossier patient informatisé (résultats biologiques, poids, courriers, etc.). Pour faciliter la prescription, la pharmacienne a créé des protocoles simplifiés sur des domaines récurrents comme la douleur, les prémédications. La prescription et la réévaluation de l'antibiothérapie entre 48h et 72h par le médecin est réalisée et tracée dans le logiciel. Une alarme dans le logiciel rappelle la réévaluation de l'ATB. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus est assurée. Après avoir pris connaissance de l'ordonnance externe, le prescripteur réévalue systématiquement le traitement antérieur ou habituel. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients, incluant le traitement personnel, est réalisée sur toutes les prescriptions de l'hospitalisation complète et pour l'HDJ en priorité pour les traitements par les toxines botuliques ou lors des injections de corticoïdes et c'est tracée dans le logiciel. Des avis pharmaceutiques peuvent être donnés directement au médecin dans le logiciel et un appel téléphonique est passé au prescripteur. Le traitement personnel est conservé pendant toute sa durée d'hospitalisation et est restitué au patient à sa sortie. Les médicaments retirés au patient sont conservés mis dans l'armoire sécurisée. Un flyer explicatif est intégré dans le livret d'accueil du patient. Les règles d'administration des médicaments sont respectées. Toute administration est tracée dans le dossier patient en temps réel, y compris la "non prise" avec un commentaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Suite à plusieurs FSEI signalant des erreurs dans la délivrance des médicaments des chariots de dispensation nominative du service d'HE, il a été décidé lors d'un CREX de réaliser un audit de conformité des chariots en octobre 2016. Des visites d'inspections de la pharmacie ont eu lieu en 2013 et 2017, de plus, un audit annuel sur les conditions de stockage et sur les périmés. L'établissement participe aux semaines de sécurité des soins annuels et met en place des ateliers de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses. Le suivi est réalisé notamment d'indicateurs comme les consommations des antibiotiques, les indicateurs ICATB, les conformités de l'ordonnance ATB/protocole, le nombre de FSEI et

CREX, ...) dans le rapport d'activité annuel de la pharmacienne.

A / AGIR

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

Une inspection ARS a eu lieu dans l'établissement. Un plan d'actions spécifique au suivi de l'inspection a été mis en place. Des actions d'amélioration ont été mises en place comme la dispensation nominative, l'astreinte pharmaceutique, la désignation de référents, la pancarte "Interruption des tâches « ne pas déranger », le double contrôle pour les AVK, la formation, le rappel des bonnes pratiques d'identification des tiroirs, l'uniformisation du contenu, etc. Les actions seront intégrées au PAQSS de l'établissement lors du prochain bilan. La communication aux professionnels est réalisée via les notes de services, les réunions de services, les sensibilisations aux erreurs médicamenteuses, les points qualité, nout info, infoqual.