



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HOPITAL A DOMICILE 35

**7 route de vezin
35000 RENNES
NOVEMBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	35

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 A DOMICILE 35	
Adresse	7 route de vezin 35000 RENNES
Département / région	ILLE-ET-VILAINE / BRETAGNE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	350042578	ASSOCIATION HOPITAL A DOMICILE	7 route de vezin 35000 RENNES
Etablissement de santé	350042628	HOPITAL A DOMICILE 35	7 route de vezin 35000 RENNES

Activités	
Type de prise en charge	Activités
HAD	HAD

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention avec la Clinique Saint Yves-Rennes Convention avec le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes Convention avec la Clinique la Sagesse-Rennes Convention avec la Polyclinique Saint Laurent-Rennes Convention avec le Centre de Convalescence la Pierre Blanche-Bourg des Comptes Convention avec le Centre Eugène Marquis-Rennes Convention avec la Clinique Notre Dame de Lourdes-Rennes Convention avec le Centre Régional de Gériatrie-Chantepie Convention avec le Centre Hospitalier Saint Thomas de Villeneuve Bain de Bretagne Convention avec l'Hôpital Privé Sévigné-Cesson Sévigné Convention avec le Centre Hospitalier Privé-Saint Grégoire Convention avec le Centre Hospitalier de Redon

Convention avec l'Association hospitalière Saint Hélier
 Convention avec le Centre Hospitalier de Janzé
 Convention cadre entre l'Hôpital à Domicile 35 et les établissements de l'ADAPEI 35 situés sur le territoire n°5
 Convention avec le Pôle MPR Saint Hélier
 Conventions entre l'Hôpital à Domicile 35 et le CHU de Rennes
 Conventions entre l'Hôpital à Domicile 35 et le CH de Vitré
 Convention entre l'Hôpital à Domicile 35 et le Centre de Lutte contre le Cancer de Rennes « Eugène Marquis »
 Convention de partenariat entre l'Hôpital à Domicile 35 et le Syndicat des pharmaciens d'officine d'Ille et Vilaine
 Convention entre l'Hôpital à Domicile 35 et chaque pharmacie n'adhérent pas au Syndicat des pharmaciens d'officine d'Ille et Vilaine
 Conventions entre l'Hôpital à Domicile 35 respectivement les prestataires de matériel médical suivants : DIMEDO, AIR de BRETAGNE et DMECICA (Convention en prévision IP SANTE)
 GCS e-Santé Bretagne
 Convention de la télémedecine plaies chroniques avec le Pôle MPR St Hélier
 Activités de soins de traitement du cancer
 Encadrer le recours par l'HAD à la régulation du 15

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
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
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	Adulte ou personne âgée	HAD soins ponctuels	Chimiothérapie	Programmé	/	HAD
2	Adulte ou personne âgée	HAD soins continus	soins généraux	Programmé	/	HAD
3	enfant	HAD	cancérologie	Programmé	/	HAD
4	Adulte	HAD	obstétrique pré partum	Programmé	/	HAD
5	Adulte ou personne âgée	EHPAD	soins généraux	Programmé	/	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

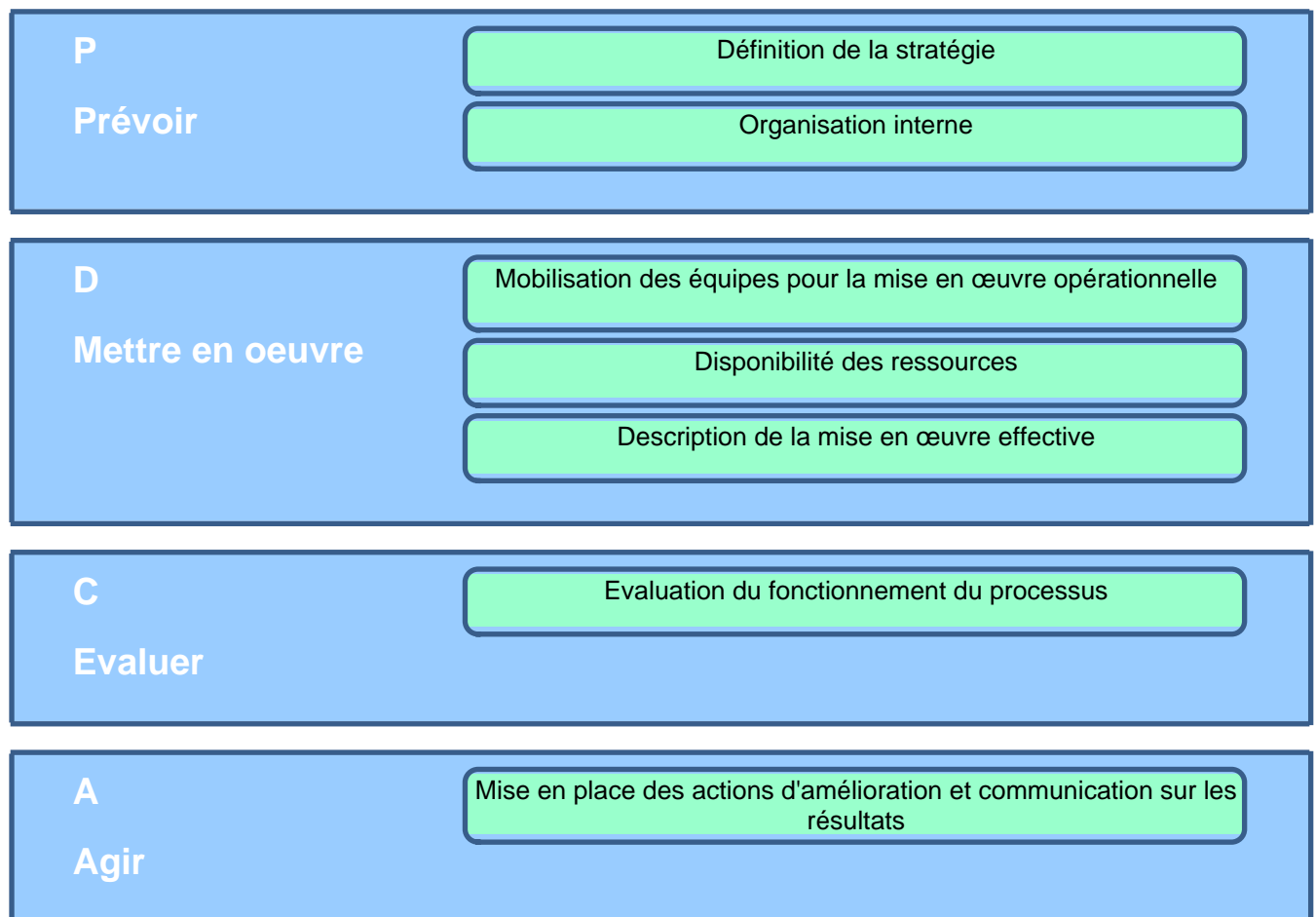
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement HAD 35 a été profondément restructuré suite à une période 2014-2015, durant laquelle il y a eu des changements de direction, de la structure qualité, un arrêt de fonctionnement des instances, pour atteindre une stabilité dans le management par la nomination de l'actuelle directrice en février 2016, la nomination d'une responsable des soins infirmiers et d'un président de CME. Le coordonnateur des risques associés aux soins a été également désigné par la directrice, avec une quotité de temps définie. En septembre 2016, l'ensemble des 5 antennes existantes sont regroupées sur un site central sur Rennes. Le secteur s'étend de 40 à 80 km autour de Rennes.

Les orientations stratégiques de l'établissement ont été établies durant l'année 2016 en se basant sur les orientations du CPOM 2012 - 2017 selon l'axe "Améliorer la qualité et la sécurité des soins" listant :

- mise en œuvre les plans d'actions nécessaires au regard des résultats des évaluations externes (IQSS, certification V2010, inspections et contrôles)
- développement et mise en œuvre d'une politique de développement interne comprenant une évaluation de la démarche de gestion des risques, la qualité de la prise en charge médicamenteuse, la lutte contre le risque infectieux

- développement d'une culture qualité gestion des risques, avec une dynamique qualité par la mobilisation des professionnels sur des actions d'amélioration en lien avec le type de prise en charge de l'établissement, adaptation des trajectoires patients, place des patients et des usagers dans le système qualité de l'établissement.

Les axes prioritaires de la qualité et gestion des risques sont formalisés dans un document "Politique Gestion des Risques 2017" validée par la directrice le 3 janvier 2017 dont les principales orientations sont :

- renforcer et appropriation de la démarche qualité par l'ensemble des collaborateurs,
- assurer la qualité des soins et optimiser la gestion du dossier patient,
- garantir la sécurité des soins, harmoniser les pratiques professionnelles et mettre en œuvre les EPP,
- évaluer la qualité de la prise en charge,
- prévoir et anticiper les risques,
- mener des actions d'amélioration,
- gérer de façon optimale les dépenses intégrant la culture développement durable,
- maîtriser la prise en charge médicamenteuse,
- améliorer la qualité de vie au travail.

Ces axes seront repris dans le projet d'établissement 2017-2021 en cours de finalisation au jour de la visite.

Les risques ont été identifiés selon le bilan du PAQSS 2012-2016, et une mise à jour de la cartographie des risques sur l'ensemble des processus. La hiérarchisation des risques a été établie selon une méthode identique pour toutes les thématiques. Cette hiérarchisation a permis d'identifier les risques inscrits au compte qualité.

Le programme d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS) issu de l'identification des risques est ainsi établi pour la période 2017-2018. Il regroupe les éléments de suivi notamment le pilotage, les indicateurs de suivi, les échéances, le niveau de réalisation.

Le PAQSS a été présenté au COQ - COVIR (Comité Opérationnel Qualité - Coordination des vigilances et risques) présidé par la directrice de l'établissement en mars 2017 ainsi qu'en CME. Une synthèse du PAQSS a été présentée en commission des usagers.

ORGANISATION INTERNE

La politique qualité définie par les instances et les modalités de déclinaison de la démarche qualité de l'établissement HAD 35 ont été présentées à l'ensemble des professionnels par la directrice.

Les pilotes des thématiques ont été désignés selon leur domaine de compétence, et ont une fiche de mission signée par la directrice de l'établissement.

Le PAQSS 2017-2018 a été construit à partir de la mise à jour de la cartographie des risques a priori établie pour le V2010, et complété par les risques a priori identifiés par thématique de la HAS. Le PAQSS est structuré selon les thématiques et selon le modèle du compte qualité, et ainsi sont regroupés sur un même document : la thématique, le critère du manuel, le pilotage, le risque identifié, la criticité établie selon la fréquence et la gravité, les actions, le niveau de maîtrise et les indicateurs de suivi. Les risques ayant un niveau maîtrise entre 3 et 5 (niveaux de maîtrise les plus faibles) ont alimentés le compte qualité.

Les risques a posteriori sont identifiés à partir des analyses des plaintes et réclamations, les fiches d'événements indésirables. Les actions sont suivies, et priorisées bien qu'ils ne soient pas regroupés dans un document unique. Afin de faire vivre la démarche qualité gestion des risques, après l'élaboration du compte qualité, se sont mis en place des groupes de travail qualité, par thématique où sont présents les pilotes des thématiques,

un représentant du pôle qualité gestion des risques, et des professionnels de terrain permettant d'identifier des actions directement issues du terrain ainsi l'établissement peut élaborer un programme d'action à un niveau opérationnel. La présence de qualitatifs permet de garantir la coordination des actions avec le PAQSS institutionnel.

Le signalement des événements indésirables et sa promotion sont favorisés au sein de l'établissement. La direction en lien avec la CME favorise cette déclaration des événements indésirables par la rédaction et la diffusion d'une charte d'incitation au signalement. Une procédure reprend les modalités de déclaration et de traitement des événements indésirables. Une procédure spécifique existe pour les événements sentinelles (graves). La méthode d'analyse a été définie (REMED pour les EI graves).

La gestion documentaire est informatisée. L'ensemble des documents sont en cours de relecture, et de validation. Une distinction est faite dans la base documentaire entre les documents mis à jour et ceux non encore à jour, permettant un accès permanent aux documents sans rupture de disponibilités des documents.

Des programmes de formation en gestion des risques, qualité sont proposées au plan de formation institutionnel.

Des tableaux de bord sont établis par la direction et la responsable qualité reprenant notamment le suivi budgétaire, les ressources humaines, l'activité.

Le dispositif d'EPP a été remis en place en 2016 avec le suivi de certaines EPP antérieures à 2014 et l'élaboration de nouvelles EPP. Le pilotage est assuré par la directrice.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Pour chaque thématique des plans d'actions sont déployés tant au niveau institutionnel que au niveau opérationnel grâce aux groupes de travail qualité. Les IDE et AS sont intégrées dans ces groupes grâce à du temps hebdomadaire dédié à la qualité, permettant à trois IDE et deux AS de participer au groupe de leur choix. Ainsi l'ensemble des professionnels peuvent participer à l'élaboration des programmes d'action.</p> <p>Ils participent aux différentes EPP.</p> <p>Lors des vérifications auprès des professionnels, la déclaration des EI est connue et pratiquée avec un retour d'information satisfaisant.</p> <p>Cette participation, associée aux communications lors des moments de transmissions permet la cohésion des informations diffusées. Les principales actions identifiées par thématiques sont connues des professionnels médicaux et non médicaux.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources humaines nécessaires pour le management de la qualité sont pourvues avec un responsable qualité, un technicien qualité. Le coordonnateur des risques associés aux soins est la directrice des soins infirmiers pour 0,1% d'ETP. Le responsable du management qualité de la prise en charge médicamenteuse est également nommé. Chaque commission de la CME (CLIN, CLAN, CLUD et COMEDIMS) a un président nommé.</p> <p>Les ressources documentaires sont accessibles sur le site de l'HAD 35 et également sur les téléphones portables des professionnels par un accès sécurisé.</p> <p>L'accès aux postes informatique est facilité sur le site de l'établissement, avec des ordinateurs en nombre suffisant. L'HAD 35 met à disposition pour chaque professionnel un téléphone portable permettant l'accès aux applications des SIH et la communication facilité avec le médecin coordonnateur.</p> <p>Cependant, les ressources documentaires nécessaires à la prise en charge des patients ne sont pas systématiquement mis à disposition des professionnels libéraux. Les médecins le désirant ont un accès à distance à la gestion documentaire informatisée, mais non systématique. Les professionnels libéraux n'ont pas accès à la base documentaire au domicile du patient. Les documents ne sont pas disponibles sous format papier. Le "plan blanc" n'a pas été réactualisé depuis 2012.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les professionnels se sont appropriés les plans d'actions définis par les groupes de travail qualité.</p> <p>Ils sont engagés dans les actions d'EPP dont le groupe s'est redynamisé en 2016, sous l'impulsion de la direction et de la CME. Les EPP actives sont au jour de la visite : la douleur en soins palliatifs, les lignes de perfusion par voie veineuse, la traçabilité d'ouverture des flacons multi-doses, les soins de bouche, prise en charge des plaies, gestion des PCA.</p> <p>Les plaintes et réclamations sont vues et suivies par la direction, et font l'objet de réponses systématiques et suivi dans un tableau de bord.</p> <p>La veille réglementaire et veille sanitaire sont assurées.</p> <p>Les nouveaux arrivants bénéficient d'une information sur la gestion des risques et la déclaration des événements indésirables.</p> <p>Les EI sont analysés par un représentant de la direction, de la direction des soins infirmiers, la direction qualité et le pharmacien. La méthode n'est pas définie sauf pour les erreurs les plus graves (liées au</p>

médicament) qui sont analysées selon la méthode REMED.
Les vigilances sont opérationnelles et en place. Le COQ-COVIR se réunit régulièrement. La CDU est en place sans répondre aux obligations réglementaires sur la périodicité des réunions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation périodique de l'implication des professionnels dans la qualité et la gestion des risques.

La satisfaction des usagers et des patients est évaluée par un questionnaire papier, évaluant à la fois la qualité de prise en charge du patient au cours de son séjour, mais également sa satisfaction en fin de séjour. Ce questionnaire évalue la satisfaction du patient et de son entourage.

Plusieurs tableaux de bord de suivi d'indicateurs sont en place avec un suivi mensuel : activité, budget, masse salariale.

Les indicateurs Hôpital Numérique (existence et utilisation de tableaux de bord en gestion des risques) sont recueillis et les résultats satisfaisants. Les IQSS sont relevés sans fait l'objet d'évaluation intermédiaire.

Les EPP sont en place et suivies : trois EPP (traçabilité de l'ouverture des multi-doses, les soins de bouche, prise en charge du patient avec PCA) sont en étapes 4 (évaluation du plan d'action organisée ou ponctuelles), trois sont en étapes 3.

Les bilans des activités des commissions et en qualité gestion des risques sont effectués annuellement en comité de direction (COQ COVIR) et en CME.

A / AGIR

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

Suite à l'identification des risques, et les résultats des groupes de travail qualité les actions ainsi définies sont suivies par la responsable qualité et met à jour les documents de suivi.

La diffusion des résultats des indicateurs et les actions prioritaires définies au sein de l'établissement font l'objet d'un affichage sur les deux étages de l'établissement, accessibles par les professionnels. Une diffusion des résultats est également effectuée par messagerie.

L'ensemble des actions identifiées pour chaque thématique sont intégrées dans le PAQSS.

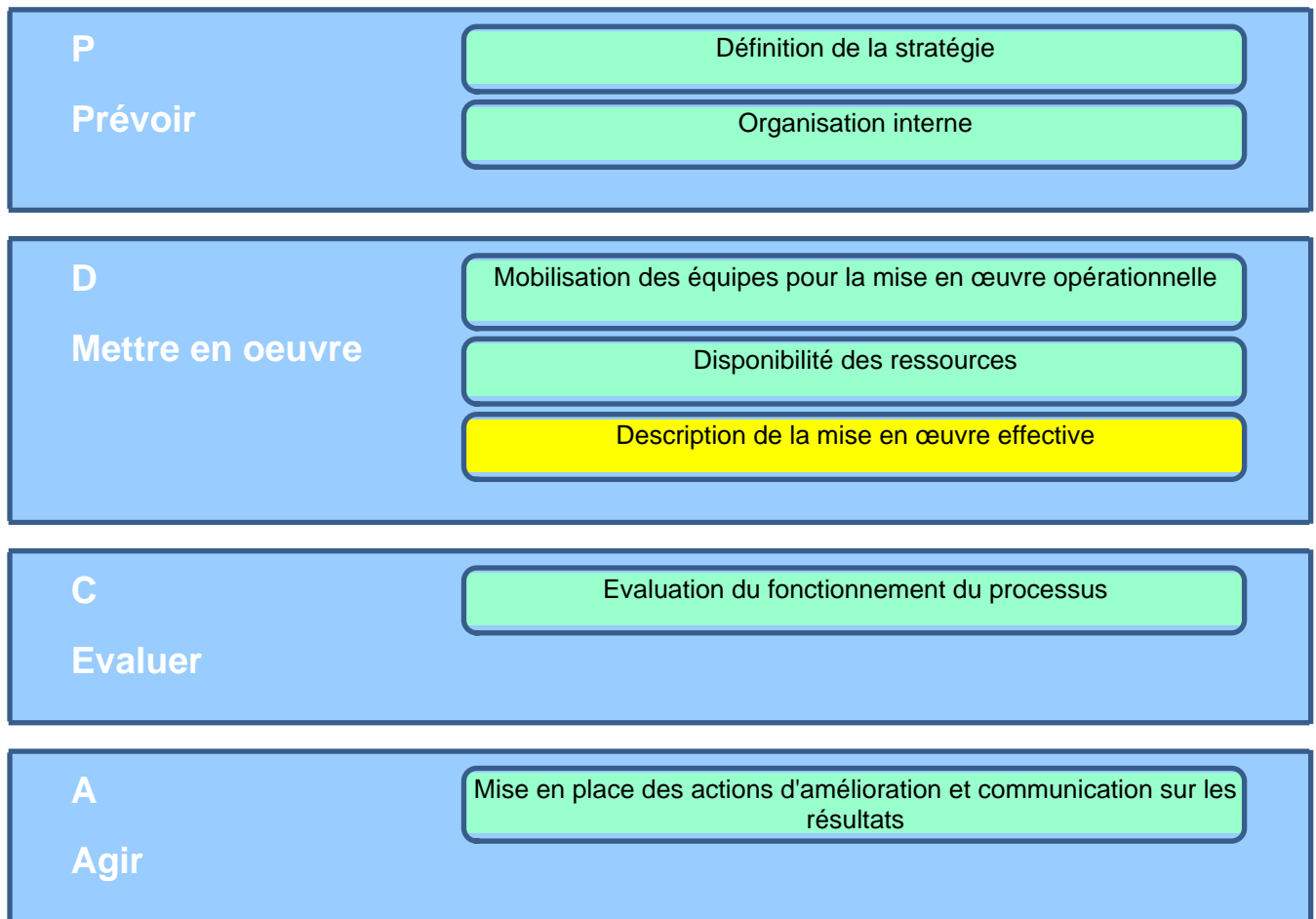
DROITS DES PATIENTS

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

L'établissement a défini une politique des droits des patients « l'écoute client et le respect des droits des patients et de leur entourage » dans le projet d'établissement 2017-2021, en cours d'élaboration.

Le groupe de travail "droits des Patients" a identifié les besoins et analysé les risques à partir des questionnaires de satisfaction et des critères de la V2010 donnant lieu à des actions d'amélioration listées dans le PAQSS. La définition des risques et des actions d'amélioration a été réalisée par le groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la directrice de l'établissement. La validation par la CDU, la CME, le comité qualité gestion des risques et des vigilances est effective, seul le conseil d'administration n'a pas été consulté.

Les risques spécifiques au processus ont été identifiés par le groupe de travail "droits des patients", hiérarchisés suivant la méthode définie par l'établissement, et intégrés à la cartographie des risques. Six risques sont intégrés dans le compte qualité dont le non-respect des droits lié à un manque de formation et de sensibilisation du personnel, l'objectif étant la réactivation du comité d'éthique. Des objectifs d'amélioration sont adaptés aux données issues de l'analyse des risques, selon le degré de priorité et intégrés dans le PAQSS de l'HAD.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote est la directrice de l'établissement. Ses rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la fiche de mission du pilote du processus.

Le groupe de travail « droits des patients » élabore un plan d'actions opérationnel (par exemple « revoir la façon d'informer le patient et son entourage sur le système de permanence »). La directrice est présidente de la CDU et chargée 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 des patients sont identifiés, la formation sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance est inscrite au plan de formation depuis plusieurs années, la formation à la prise en charge des patients en soins palliatifs intègre les droits des patients.

Les procédures "traiter les plaintes et réclamations des patients", "recueillir l'avis des patients" sont formalisées, le recueil de la personne de confiance est organisé et effectif. Cependant, le recueil des directives anticipées et la mise en place d'une contention ne font pas l'objet d'une procédure.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance s'effectuent au travers des fiches des événements indésirables.

Le livret d'accueil a été réactualisé comprenant l'information sur les droits d'accès aux dossiers médicaux par le patient ou le rôle et la composition de la CDU. Il existe des notices d'informations destinées au patient intégrées aux dispositifs de la gestion documentaire accessibles sur le logiciel qualité. Les notices d'informations concernent par exemple la chimiothérapie, les pansements ou l'hygiène alimentaire des femmes enceintes.

L'organisation de l'établissement favorise le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Par exemple, l'accès au dossier numérique est sécurisé. Il existe un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins. Les procédures et notices sont accessibles aux professionnels salariés de l'HAD et aux professionnels libéraux au travers du logiciel qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable des soins infirmiers, les cadres de santé et les médecins coordonnateurs organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant les droits des patients en objectifs et plans d'actions.

Les infirmières d'admission et le médecin coordonnateur informent, lors de la pré-admission, le patient sur ses droits (personne de confiance, directives anticipées). Les infirmières de suivi réalisent la déclinaison opérationnelle du processus droits du patient. L'infirmière de suivi remet le livret d'accueil et recueille la personne de confiance et/ou les directives anticipées lors de l'admission du patient ou dans les premiers jours de la prise en charge.

Le respect des droits des patients est inscrit dans le livret d'accueil du salarié.

Les compétences internes à l'HAD concernant les soins palliatifs favorisent la diffusion de la culture palliative auprès des soignants. Les infirmières de suivi s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en se rendant au domicile du patient une fois par semaine. Des actions

correctives sont identifiées en cas de besoin. Leur évaluation hebdomadaire donne lieu à un réajustement des pratiques auprès des professionnels salariés et libéraux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et soignantes sont adaptées au déploiement des démarches en vue du respect des droits des patients sur l'HAD.

Des médecins coordonnateurs, un cadre de santé, une psychologue, une infirmière ont acquis la compétence en soins palliatifs (DU). Ces compétences sont complétées par une infirmière de suivi ayant bénéficié de la formation soins palliatifs et douleur en pédiatrie (DU).

La responsable des soins infirmiers, les cadres de santé, les médecins coordonnateurs, les infirmières d'admission et les infirmières de suivi sensibilisent leurs pairs salariés ou libéraux aux droits des patients. Cette sensibilisation s'effectue lors du tutorat pour les nouveaux arrivants salariés de l'HAD, ou lors de l'admission d'un patient pour les libéraux. Cette sensibilisation est complétée par le livret d'accueil du salarié (secret professionnel, respect des personnes).

Des formations à la bientraitance ou aux soins palliatifs sont conduites pour les professionnels de l'HAD.

Les matériels (locaux HAD adaptés au respect de la confidentialité des informations, des accès sécurisés du logiciel patient ainsi qu'en mobilité, le dossier de soins au domicile respecte la confidentialité) favorisent le respect des droits des patients.

Des formulaires de désignation de la personne de confiance, de rédaction de directives anticipées, d'accès au dossier médical sont mis en place. Les différents documents sont accessibles sur le logiciel qualité par les professionnels salariés et les médecins libéraux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé de ses droits et des missions de la commission des usagers lors de la remise du livret d'accueil expliqué pendant la visite de pré-admission, et lors des visites des infirmières de suivi. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance, cependant l'information du patient sur la possibilité de rédiger des directives anticipées n'est pas systématique pour tous les patients, seuls les patients en soins palliatifs reçoivent l'information, la traçabilité est alors assurée.

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les prescriptions de contentions mises en place ne sont pas systématiques.

L'entourage des patients est pris en compte dès la préadmission, il bénéficie de soutien dans les situations psychosociales qui le nécessitent.

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, une charte d'utilisation du système d'information est signée par les utilisateurs. Les informations concernant son état de santé sont données au patient par le médecin traitant, le médecin coordonnateur ou l'infirmière de suivi.

L'annonce d'un dommage lié aux soins est tracée dans le dossier patient.

Le recueil du consentement du patient s'effectue à l'admission, le projet personnalisé de soins est réalisé avec le patient et son entourage éventuellement, par le médecin traitant et le médecin coordonnateur lors de réunion de coordination, sa traçabilité est assurée. Le réajustement du projet est effectué tout au long de la prise en charge et tracé dans le dossier patient. La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée. Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. La CDU s'est réunie trois fois en 2016.

La prescription de contention n'est pas systématique pour toutes les mises en place de barrières de lits. Les lits médicalisés mis en place comportent systématiquement des barrières, les soignants peuvent relever ces barrières sans prescription. L'établissement a prévu l'élaboration des procédures sur la contention et le recueil des directives anticipées ainsi que la formation des professionnels pour le deuxième semestre 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HAD assure une évaluation par le biais des questionnaires de satisfaction. Cette évaluation est complétée jusqu'en 2015 par une évaluation de la conformité du dossier patient sur les critères IPAQSS HAD concernant l'accord du patient. Une EPP douleur – soins palliatifs réalisée en 2016 évalue les droits des patients concernant la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées.

Enfin, l'indicateur "nombre de réclamations" est recueilli en routine. Une évaluation des pratiques des professionnelles au domicile du patient par les infirmières de suivi est organisée à l'aide d'une check-list (formulaire bilan d'entrée) évaluant. La remise du livret d'accueil et le formulaire de désignation de la personne de confiance. Les professionnels salariés et libéraux sont informés régulièrement des résultats des évaluations au travers du logiciel qualité et des mails. Le rapport annuel de la CDU est réalisé.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Elles sont principalement centrées sur l'amélioration de la satisfaction des patients. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, au minimum, une fois par an, au sein du comité qualité gestion des risques et des vigilances ainsi qu'au sein du groupe de travail « droits des patients ».

La communication aux professionnels de l'HAD est réalisée au travers de réunions plénières et du logiciel qualité. Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais des réunions de transmission, d'un affichage dans les locaux, sur le logiciel qualité et sur les boîtes mail. Les résultats des questionnaires de satisfaction des patients et des différentes évaluations sont transmis à la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

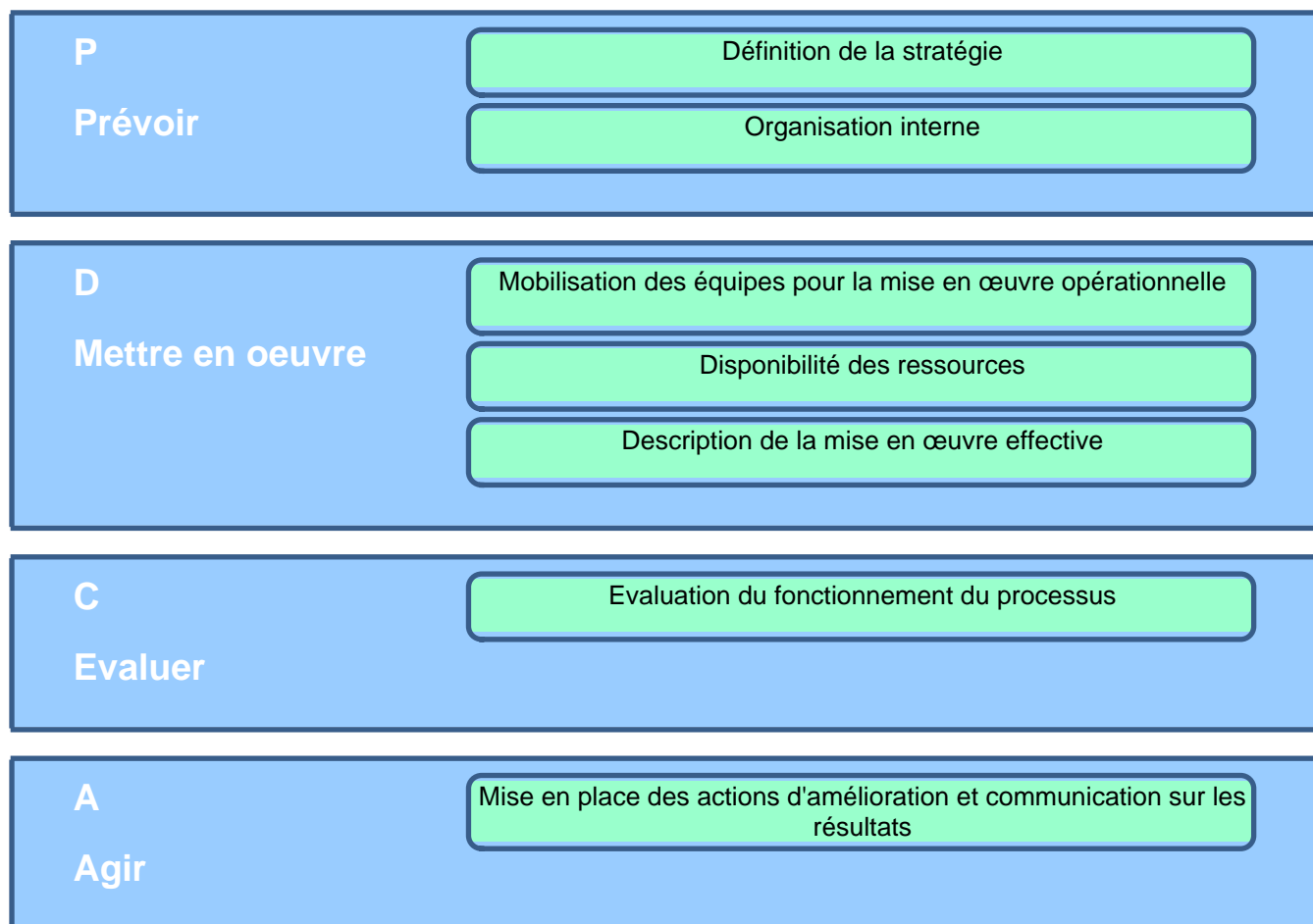
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La politique de prise en charge « Parcours du patient » est inscrite au projet d'établissement 2012-2016 et dans le projet d'établissement en cours 2017-2021. Elle intègre l'analyse des besoins résultant des autorisations et des missions générales de l'établissement en lien avec le Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). L'HAD 35 oriente ses activités autour de la prise en charge des soins généraux dont les soins palliatifs, les soins de nursing lourds, les pansements complexes et spécifiques stomies, de la chimiothérapie et de l'obstétrique. Une expérimentation de prise en charge néo-natologique a été effectuée sur 6 mois jusqu'en avril 2017. Cette filière est en cours d'évaluation.

Les orientations stratégiques du projet médical fixent des objectifs :

- 1 - Renforcer la place de l'HAD comme une des structures de soins palliatifs du territoire : poursuivre le travail réseau, s'inscrire pour le projet de maison des soins palliatifs, renforcer la formation continue des professionnels de l'HAD pour diffuser la démarche palliative en interne et contribuer à sa diffusion sur le territoire
- 2 - Evaluer l'expérimentation néonatalogie, développer la prise en charge avec le CHU et ouvrir aux autres acteurs du territoire en cas de succès
- 3 - Poursuivre le développement des prises en charge obstétriques
- 4 - Expérimenter les prise en charge SSR/MPR
- 5 - Evaluer le mode de prise en charge en post chirurgie précoce
- 6 - Développer les prises en charge courtes en travaillant la fluidité du parcours patient (antibiothérapies ...)
- 7 - Collaborer avec le CHU sur la filière urgence en favorisant les sorties précoces d'hospitalisation
- 8 - Former les IDE aux antibiothérapies chez le petit enfant (0-3ans), s'appuyer sur la ressource puéricultrice pour former les IDE aux prises en charge pédiatriques
- 9 - S'inscrire dans la formation des internes en médecine
- 10 - Informatiser les traitements et intégrer les libéraux (IDE et MT) au logiciel métier
- 11 - Formation continue des professionnels, harmoniser nos pratiques d'équipe, protocoliser les soins, développer la collégialité notamment sur les situations éthiques
- 12 - Améliorer la communication médicale : participation aux staffs du territoire, communiquer auprès des médecins libéraux

L'établissement a utilisé plusieurs sources de données pour identifier et analyser ses risques. Il a pris en compte la cartographie de 2012 revue en 2016 puis en janvier 2017 à partir des résultats des indicateurs nationaux, des résultats de l'analyse des déclarations d'évènements indésirables et des résultats des enquêtes de satisfaction. L'ensemble de la démarche a été réalisée en groupe de travail pluri professionnels. Le groupe a extrait 5 risques à surveiller dans le compte qualité et 13 actions d'amélioration. Les risques portent sur la sortie du patient, l'éducation thérapeutique, le risque suicidaire, les troubles de l'état nutritionnel et la continuité de la prise en charge des patients. La hiérarchisation de tous les risques permet de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients. Le plan d'action intégré au compte qualité et au PAQSS correspond au traitement des risques avec des responsables et des échéances. Le compte qualité avec le choix des objectifs et les modalités de mise en œuvre des actions ont été présentés et validés au COQ-COVIR et en CME.

Pour fonctionner, des conventions sont signées dont le CHU de Rennes, le centre régional de la lutte contre le cancer Eugène Marquis : établissement associé pour l'autorisation de chimiothérapie, des conventions de partenariat avec les établissements médico-sociaux dont les EHPAD et des conventions avec les soignants libéraux et médecins traitants.

Ce projet est centré sur les besoins liés au parcours de soins du patient. A savoir une prise en charge globale du patient, une satisfaction optimale et une continuité des soins en amont et en aval de l'hospitalisation en HAD.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de travail est défini et les pilotes du processus parcours patient sont la responsable des soins et l'IDE d'évaluation coordinatrice avec le CHU de Rennes, avec la RAQ comme aide méthodologique. Leurs missions sont précisées dans une fiche « mission pilote de processus ». Ces professionnels intègrent dans leurs pratiques quotidiennes la démarche d'amélioration continue de la qualité, la gestion des risques et les activités qui y sont rattachées. Le COQ-COVIR s'assure du suivi du plan d'action défini par ce groupe.

Les ressources humaines nécessaires à ce processus sont établies à partir de l'organisation de prises en charge des patients, des risques et de la réglementation. Des fiches de fonction (CS, IDE, AS) sont établies.

Le parcours patient est formalisé dans une procédure avec un logigramme qui décrit les différentes étapes (qui et comment). Les professionnels participants directement à la prise en charge sont les médecins coordonnateurs, CS, IDE d'évaluation, IDE de suivi, IDE de tournées, IDE de chevets (soins), AS,

sages-femmes coordinatrices, psychologues, assistantes sociales et les paramédicaux libéraux.

Les soignants de chevets IDE et AS travaillent en horaire matin ou soir et IDE de nuit avec un temps de transmission de 13h30 à 14h15.

Les horaires IDE d'évaluation et de suivi sont de journée (9h/17h), les IDE de tournées sont sur 3 horaires : 7h-13h/13h30-14h30 ou 13h/20h ou 9h-12h30/13h30-17h.

Les horaires IDE semaine sont sur des horaires de matin et de soir, le week-end en 10 h.

Pour les IDE de nuit : 1 IDE travaille de 18h à 2h puis elle est en astreinte jusqu'à 7h, une autre IDE travaille de 18h à 2h.

Les horaires AS semaine sont 7h-13h/13h30-14h30 (matin) et 13h30-20h30 (soir) et le week-end en 10 h de 7h-13h30/15h30-19h (matin) et 8h-13h/17h-20h (soir).

Les sages-femmes coordinatrices travaillent en horaire 8h30/18h30.

Les assistantes sociales travaillent de 9h à 17h.

L'établissement veille à maintenir l'ensemble des compétences nécessaires à l'aide d'un plan de formation institutionnel annuel établi à partir des entretiens d'évaluation annuels, de l'évaluation continue des compétences, et des demandes individuelles. Plusieurs professionnels possèdent des diplômes universitaires spécifiques. Un DU soins palliatif est planifié pour 2017.

D'autres formations sont planifiées comme les formations aux gestes d'urgence premiers secours, la douleur, geste et posture, bientraitance, démarche palliative, nutrition et soins infirmiers et prise en charge patient traité par chimiothérapie.

Les nouveaux arrivants sont encadrés par les professionnels de terrain sur 2 jours. Un livret "accueil nouveau arrivant" est remis à la personne dès le premier jour et un diaporama leur est présenté.

Un médecin est d'astreinte 7 jours /7 de même pour les CS et les IDE. Les coordonnées téléphoniques de l'IDE d'astreinte jour et nuit et du médecin traitant à alerter en cas d'urgence sont accessibles dans le classeur patient. Il existe une gestion documentaire informatisée qui intègre des protocoles et procédures en lien avec le parcours du patient (prise en charge spécifique en obstétrique, prévention du risque suicidaire, sondage urinaire, perfusion sous cutanée...). Tous ces documents sont validés et intégrés dans la gestion documentaire, accessibles aux professionnels sur les ordinateurs informatiques et sur les téléphones portables professionnels.

Cependant, le repérage et la prise en charge du risque suicidaire ne sont pas organisés. Les soignants n'ont pas de grille de repérage à leur disposition. Les professionnels ne sont pas formés au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire. Il y a une programmation de 2 sessions formation/sensibilisation en juin et septembre 2017 sur le risque suicidaire.

Des supports d'information destinés aux patients, sous format papier, sont disponibles dont un livret d'accueil patient et des documents d'éducation à la santé.

Les locaux nécessaires à la prise en charge sont regroupés sur un seul site à Rennes. L'HAD est structuré en 2 secteurs : sud et nord.

Les prises en charge des patients sont réalisées soit par les professionnels de l'HAD, soit en mixte avec des professionnels HAD et IDE libérales et autres paramédicaux libéraux : kinésithérapeutes, diététiciennes des prestataires.

Les patients bénéficient de l'ensemble des matériels et équipements nécessaires tout au long du parcours de soins. Un plan d'investissement annuel est en place. Les achats de matériel sont orientés vers la sécurisation de la prise en charge tout au long du parcours patient. La maintenance préventive et curative des différents appareils est prévue par les prestataires externes afin de répondre aux besoins spécifiques avec des contrats de maintenance pour les équipements biomédicaux.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité avec des classeurs patients, des fiches de liaison et des partages d'information patients à partir du DPI.

L'établissement dispose de plusieurs conventions avec les établissements d'amont et d'aval dont le CHU de Rennes.

La biologie médicale est réalisé soit au laboratoire du patient et pour certaines spécificité au laboratoire du CHU de Rennes. Pour l'imagerie, les examens sont effectués dans le cabinet radiologique choisi par le patient. La fonction transport est organisée. Les transports sont réalisés en fonction de l'état du patient en taxis, VSL ou ambulances. Pour finir, le système d'information (dossier patient informatisé et papier, messagerie, notes d'information, tableau d'affichage) permettent d'assurer la coordination et la continuité des soins ; de même les réunions qualité pluri professionnels qui sont organisées par l'encadrement pour tous les professionnels le mardi et le jeudi.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'action opérationnels sont en cohérence avec les autres processus institutionnels. Les pilotes et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les nouvelles organisations mises en place. Ces professionnels s'assurent du respect des instructions sur le parcours (visite d'évaluation, entrée du patient, visites à domicile, sortie du patient) et informent

les professionnels concernés à l'occasion des réunions.
 Les professionnels déclarent les événements indésirables sur ce parcours. Elles participent à l'élaboration ou la révision des procédures/protocoles et aux réunions patients traceurs. Les IPAQSS sont recueillis et suivis sur un tableau de bord.
 Les résultats sont affichés tant pour les indicateurs IPAQSS que pour les autres résultats d'évaluation.
 L'établissement a remis en œuvre des EPP :
 -EPP soins de bouche,
 -EPP prise en charge des plaies
 -EPP enquête de bonnes pratiques « ligne de perfusion sur voie veineuse »
 -EPP obstétrique : Améliorer la traçabilité du suivi obstétrique à domicile
 -Et un audit flash : Douleur/soins palliatifs
 Cependant, la totalité des actions d'évaluation ne sont pas conduites pour assurer de la traçabilité des informations/transmissions dans la prise en charge du patient notamment lors de la reconduction d'un sondage urinaire, d'une perfusion sous cutanée et les soins de kinésithérapie. Il n'a pas été retrouvé de prescription médicale pour un changement de la sonde urinaire. Les professionnels ne respectent pas les bonnes pratiques déclinées dans la procédure sur le sondage urinaire et notamment l'utilisation de la check-list pour la pose et la surveillance et pas de traçabilité des soins par les kinésithérapeutes. Ceci a été confirmé lors des investigations de 2 patients traceur et lors de visites de terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en effectif sont en adéquation pour assurer une prise en charge sécurisée du patient y compris la nuit et les week-ends.
 L'établissement dispose, de 3,5 ETP médecins coordonnateurs, d'une pharmacienne 0,70 ETP et de 0,8 ETP préparatrice en pharmacie, de 1,6 ETP sages-femmes coordinatrices avec délégation par le médecin coordinateur président de CME et de médecins partenaires libéraux, de kinésithérapeutes libéraux...
 La structure dispose d'une responsable des soins, de 3 cadres de santé, de 12 ETP IDE de suivi/tournées et 3,9 ETP IDE d'évaluation, de 24 ETP personnel infirmier de soins « chevets » pour le jour et 4,8 ETP pour la nuit, de 10,8 ETP aides-soignantes, 1,2 ETP psychologues, 2 ETP assistantes sociales.
 L'ensemble des ressources humaines citées assure les prises en charge des patients en HAD soit en prise en charge exclusive soit en prise en charge mixte avec des IDE libérales. Les compétences sont mutualisées en fonction des besoins sur le secteur nord et sud.
 Les tournées assurées par les professionnels de l'HAD sont de 16 le matin et de 9 à 11 le soir.
 Plusieurs formations ont été réalisées en 2016 : DU douleur aiguë et chronique et soins palliatifs pédiatriques, DU soins palliatifs et d'accompagnement, analyse du rythme cardiaque fœtale, transmissions ciblées et gestes et soins d'urgence et des formations internes à l'utilisation de la PCE et aux soins de bouche.
 En 2017 dans le bilan présenté, les IDE sont formées au AFGSU soit en formation initiale soit en recyclage, avec une session en juin 2017 pour que toutes les IDE soient à jour.
 Plusieurs professionnels possèdent des diplômes spécifiques :
 1 psychologue : DU soins palliatifs
 1 médecin, 1 CS et 1 IDE : DU soins palliatifs et accompagnement
 1 IDE : DU douleur
 Pharmacienne et 1 IDE : DU plaie et cicatrisation
 1 IDE : DU douleur aiguë et chronique et soins palliatifs pédiatriques
 Les règles de présence et le système d'astreinte et de garde sont organisés avec un planning. Il y a un tableau d'astreinte, 7 jours sur 7, connus de l'ensemble des professionnels avec médecin, CS (18h/7h) et IDE en astreintes (20h/7h).
 Pour les sages-femmes, elles sont d'astreinte du lundi au vendredi. Le relai est pris pour le week-end par le médecin d'astreinte après transmission le vendredi après-midi.
 Un temps d'accueil dédié aux nouveaux arrivants soignants est instauré sur 2 jours en binôme avec un pair.
 La gestion documentaire informatisée, institutionnelle est disponible et actualisée ou en cours d'actualisation. Elle est connue des professionnels rencontrés. Des professionnels ont été sollicités pour participer à la revalidation des protocoles de soins. Leur révision est assurée en fonction des besoins, des modifications des activités, suite aux résultats de différentes évaluations ou suite à la mise en œuvre des actions d'amélioration dans le cadre du programme institutionnel.
 Les locaux répondent aux besoins de prise en charge avec des locaux sur 2 étages avec un niveau opérationnel et un niveau administratif. Une IDE d'évaluation, référente pour le CHU de Rennes dispose d'un bureau équipé au sein du CHU, avec accès autorisé aux dossiers des patients hospitalisés à prendre en charge par l'HAD.
 Les professionnels disposent de l'ensemble des équipements nécessaires : 1 appareil de monitoring pour les sages-femmes, DM, matériels prestataires, colonne « tour » de rangement, classeurs patients, téléphones portables, mallettes individuelles...
 Enfin, des postes informatiques fixes et mobiles sont à disposition des professionnels en quantité suffisante pour réaliser leurs activités sur l'ensemble du parcours.
 La maintenance des équipements et du matériel est assurée par des prestataires externes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes connaissent l'organisation définie pour les parcours patients. Elles mettent en œuvre les dispositions établies pour le fonctionnement de la prise en charge du patient. Les circuits sont globalement respectés sur l'ensemble des étapes de la prise en charge et dans toutes les spécialités. Les modalités de prise en charge entre les adresseurs et l'HAD sont opérationnelles.

La prise en charge du patient est toujours programmée et se décompose en plusieurs étapes : la pré-admission, l'analyse de la demande, la préparation de l'admission, la mise en œuvre du projet de soins avec les réajustements et la sortie.

Pour la pré admission, la demande papier est reçue par mail, fax, plateforme ORIS, ou par téléphone pour les sages femmes.

La création d'un dossier informatique patient est effectuée systématiquement.

L'IDE d'évaluation informe les professionnels selon le protocole établi : médecins, responsable des soins qui renseigne un tableau Excel.

La pré analyse des demandes est réalisée en commission d'admission tous les matins à 9h de même pour l'obstétrique.

Puis une visite de pré-admission est effectuée par le médecin et l'IDE d'évaluation en binôme soit dans les services de soins avec échanges avec CS et internes soit au domicile. Au cours de ces visites, les professionnels ont accès au dossier patient. Le patient est aussi rencontré pour son accord d'hospitalisation en HAD et des explications sont données sur la prise en charge. Enfin, un formulaire de recueil de données est rempli. Le fonctionnement est identique pour l'obstétrique, c'est une sage femme qui rencontre les parturientes.

Si l'admission est validée, un soignant contacte le médecin traitant pour avoir son accord ou refus. Suite à l'accord, l'admission en HAD est planifiée.

Un compte rendu d'évaluation IDE et un compte rendu médical avec projet thérapeutique sont élaborés ainsi que le plan de soin de même en obstétrique avec un compte rendu de la sage femme.

La préparation de l'admission est faite par l'IDE d'évaluation avec commande des DM et du matériel nécessaire. Un mail est envoyé à l'IDE de suivi qui assurera la supervision de la prise en charge.

En fonction de la charge en soins, la prise en charge peut être mixte avec interventions de libéraux, un contact et un contrat (lettre d'accord) de prise en charge sont réalisés. Pour les établissements EHPAD, un protocole d'accord est formalisé et signé des 2 parties.

Pour l'obstétrique la prise en charge est réalisée par les sages femmes libérales en générale mais l'admission est effectuée par une sage femme de l'HAD.

Pour les autres filières, l'admission est accomplie en 1er intervention par IDE d'évaluation ou IDE de soins ou les 2, pour l'obstétrique par la sage femme coordinatrice. Lors de l'arrivée du patient, la vérification d'identité est réalisée au regard de la pré admission et de la carte d'identité. Le livret d'accueil est remis au patient et entourage. Le recueil des données est réalisé et rempli.

Cette organisation permet de réaliser une évaluation initiale de l'état de santé et de l'ensemble des besoins des patients. La surveillance des constantes est effectuée (TA, pouls...) et monitoring pour les parturientes. Un délai prévisible de prise en charge est annoncé.

Cependant, les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas identifiés (ni évalués ni tracés) en raison de l'absence de formation organisée des professionnels à la prise en charge de ces patients et de l'absence d'une grille de repérage mise à leur disposition, ce qu'a confirmé l'investigation du processus et de 2 dossiers. Il y a une programmation de 2 sessions formation/sensibilisation en juin et septembre 2017 sur le risque suicidaire.

Le poids et la perte de poids sont recherchés. Si besoin, la diététicienne d'un prestataire est appelée. Néanmoins, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas tracés dans tous les dossiers patient. Le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés partiellement dans le dossier du patient informatisé comme le confirme les résultats de l'indicateur de dépistage des troubles nutritionnels, la méthode du patient traceur et lors de 2 visites terrains, l'IMC n'est pas calculé (soit absence de poids ou absence de la taille).

Le projet thérapeutique est réajusté en fonction des évaluations continues, de l'évolution de l'état de santé du patient. Les observations des visites médicales et l'information délivrée au patient sont tracées dans le dossier du patient informatisé, de même que les contacts avec les médecins participants à la prise en charge. Les IDE de suivi ont une réunion quotidienne pour la supervision des prises en charge et elles assurent des visites de suivi tous les 10 jours au domicile du patient. Le staff hebdomadaire est conduit par les CS le lundi à partir d'une liste établie et diffusée le vendredi.

Pour l'obstétrique, les sages femmes libérales assurent de 3 à 7 passages par semaine avec si besoin une prise en charge mixte. Après visite de la sage femme libérale, une transmission téléphonique est réalisée et une retranscription est effectuée par la SF de l'HAD dans le DPI. Les SF de l'HAD assurent un suivi aussi tous les 10 jours soit au domicile soit au centre de soins lors d'une consultation. Les transmissions soignantes sont opérationnelles tous les jours.

Le dossier patient est alimenté tous les jours sur les documents présents dans le classeur et dans le DPI et tous les mois les documents sont récupérés au domicile, scannés et insérés dans le DPI. Tous les documents papiers présentés sont identifiés avec une étiquette patient. L'évaluation de la douleur et sa réévaluation sont aussi notées dans le dossier de soins. Ce que confirme les résultats 2016 des IQSS relatifs à la tenue du dossier patient.

Les médecins, IDE d'admissions des patients participent à des staff de coordination avec les équipes

soignantes du CHU de Rennes « Ponchaillou » : en médecin générale, médecine gériatrique, pneumologie, soins palliatifs et urgences. Les sages-femmes coordinatrices assistent à plusieurs staffs d'établissement adresseurs comme le CHU, la clinique de la Sagesse, St Grégoire et l'établissement de Vitré.

De plus, le dispositif de prise en charge des urgences vitales est défini et présent sur les classeurs de soins au domicile. L'organisation de la permanence des soins pour les présences ainsi que le système des astreintes est formalisés via un tableau d'astreinte afin d'assurer la permanence des soins. Ce tableau est sous format papier. Il est affiché au sein de l'établissement.

Enfin, les prescriptions d'examen de laboratoire sont réalisées par les médecins participants à la prise en charge. Les prélèvements peuvent être réalisés par une IDE salariée ou une IDE libérale ou sage femme libérale. L'analyse est réalisée par le laboratoire du patient ou du CHU de Rennes (en fonction de la spécificité de l'examen). Les délais de transmission des résultats sont communiqués dans la journée pour la majorité des examens et sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont retrouvés dans le dossier du patient après être scannés.

Le fonctionnement pour l'imagerie est similaire.

Les professionnels mettent en œuvre des actions d'éducation à la santé ciblées, après évaluation des besoins, dans les domaines comme les anticoagulants, le diabète et pour les parturientes sur l'allaitement. Des documents sont donnés et expliqués aux patients et/ou entourage avec des triptyques papiers : informations et conseils aux patients ayant un traitement anticoagulant par AVK, informations et conseils aux patients porteurs d'une sonde urinaire à demeure, informations et conseils aux patients porteurs d'un pansement, conseils aux patients porteurs d'une pompe PCA, informations et conseils aux patients porteurs d'un « PICC LINE », l'alimentation enrichie, hygiène alimentaire des femmes enceintes, informations et conseils aux patients ayant eu une transfusion sanguine au cours des 3 derniers mois et information auprès des patients sur le tri et l'élimination des déchets d'activité de soins.

La sortie est planifiée et validée par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant. L'organisation de la sortie peut être annoncée dès l'admission. Le patient et son entourage sont associés à toutes les étapes de la préparation de sa sortie. L'IDE de suivi supervise cette sortie. Elle récupère le classeur de soins et une partie du matériel au domicile et organise la récupération du reste avec le prestataire. Un mail de sortie est envoyé aux différents intervenants.

Une réunion de coordination peut être réalisée pour clôturer la prise en charge et si nécessaire, des actions sont coordonnées avec les professionnels d'aval en fonction du projet de soins du patient afin de répondre aux besoins et attentes du patient et de son entourage.

Pour l'obstétrique, les sage femme de l'HAD assurent la coordination avec le gynécologue et le médecin traitant.

Le courrier de sortie est réalisé le jour du départ ou le jour suivant. Ce courrier est adressé au médecin traitant et/ou au médecin adresseur.

En cas de transfert, les éléments nécessaires à la continuité des soins sont transmis et suivent le patient (impression du DPI partiel ou totale, ordonnance en cours, résultats d'examen si besoin, fiche de liaison IDE...). Le médecin et la CS d'astreinte sont informés. Un travail est en cours, suite à des fiches d'EI, avec le SAMU pour élaborer un protocole d'hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement de santé assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des enquêtes de satisfaction patient/aidant, du recueil d'insatisfaction, des résultats des évaluations réalisées, des indicateurs nationaux, du CPOM, des indicateurs internes : fiches d'EI et des bilans d'activités et aussi à partir du plan d'amélioration.

Le dispositif d'évaluation est organisé pour l'ensemble de la thématique par les pilotes et le COQ-COVIR. Plusieurs audits et EPP sont réalisés (EPP soins de bouche, EPP prise en charge des plaies, EPP enquête de bonnes pratiques « ligne de perfusion sur voie veineuse », EPP obstétrique : Améliorer la traçabilité du suivi obstétrique à domicile et un audit flash : « Douleur/soins palliatifs »).

Les résultats inférieurs aux objectifs fixés sont examinés en COQ-COVIR trimestriellement et au sein des instances concernées. L'analyse et le suivi des évaluations sont assurés par ce même COQ-COVIR. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est prévu une fois par an.

Cependant, tous les aspects de la prise en charge en sont pas évalués. La totalité des actions d'évaluation ne sont pas conduites pour assurer de la traçabilité des informations/transmissions dans la prise en charge du patient notamment lors de la reconduction d'un sondage urinaire, d'une perfusion sous cutanée et les soins de kinésithérapie.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel et couvrent toutes les étapes du parcours.

Elles concernent notamment :

- recrutement responsable des soins
- rassemblement sur 1 seul site de l'HAD
- réorganisation du circuit et des soins avec IDE d'évaluation pour la pré admission, IDE de suivi avec visite à domicile tous les 10 jours, IDE de tournées et IDE de permanence
- révision des protocoles avec participation des professionnels lors des journées qualité
- Réintégration des transmissions soignantes quotidiennes
- réinstauration des instances CLUD, CLAN, CLIN, comité éthique et comité EPP

Les pilotes et le COQCOVIR assurent le suivi de la mise en œuvre des actions à l'occasion des réunions trimestrielles et auprès des différentes instances impliquées : CME, CLUD, CLAN, CLIN, CRU.

Les modalités de communication sont effectuées par voie d'affichage et par messagerie. Les transmissions d'informations sont aussi réalisées lors des réunions de services, des staffs et des temps de transmissions. En externe, des éléments sont communiqués par messagerie et dans le cadre du bilan annuel du CPOM et de la CRU. Les représentants des usagers sont informés des résultats et de leurs analyses à l'occasion des réunions de la CRU.

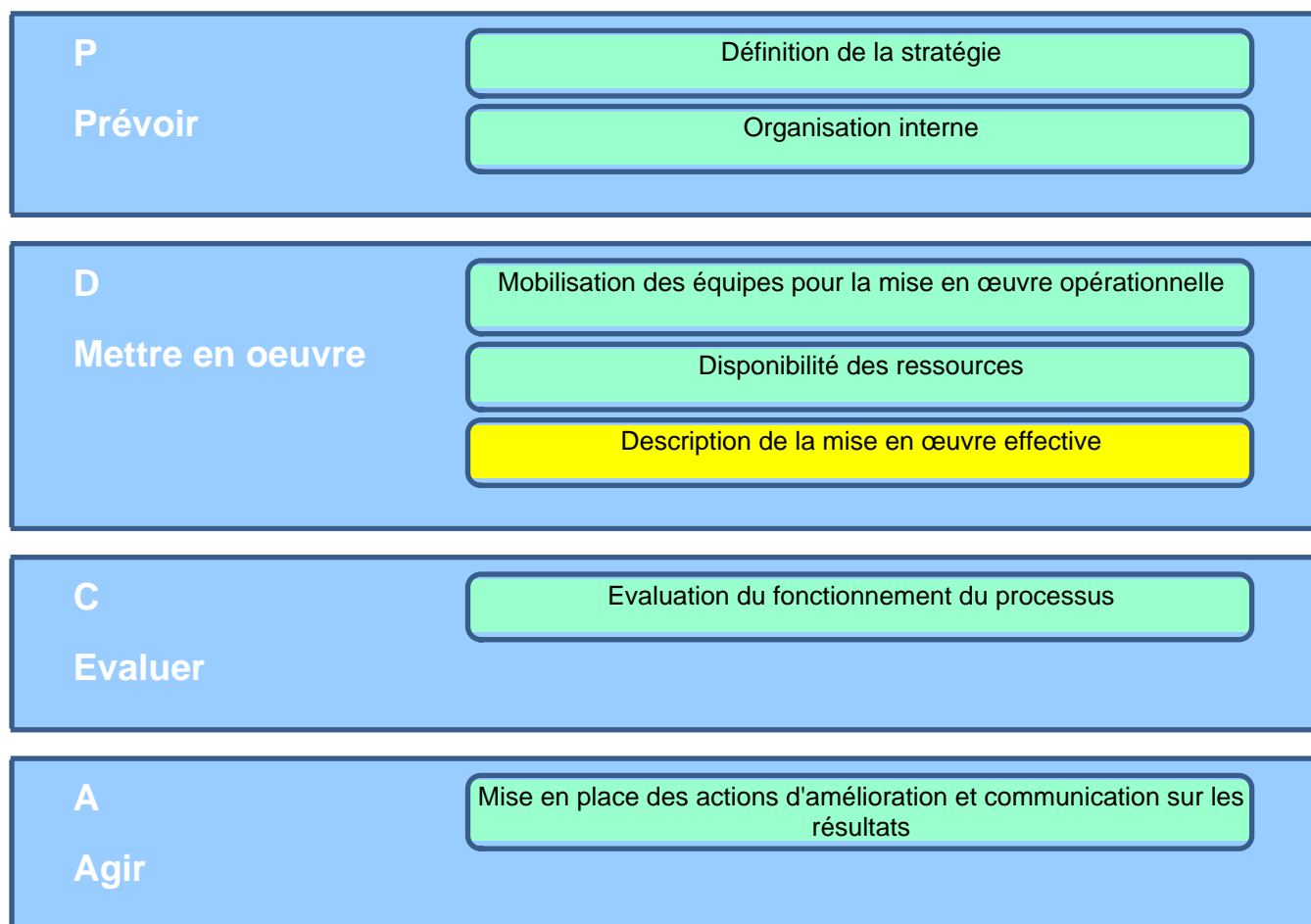
DOSSIER PATIENT

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

Une stratégie du dossier patient de l'HAD 35 est en cours d'élaboration au travers du futur projet d'établissement 2017-2021.

Le groupe de travail "Dossier Patient" a identifié les besoins et analysé les risques à partir des indicateurs IQSS donnant lieu à des actions d'amélioration listées dans le PAQSS. La définition des risques au nombre de six et des actions d'amélioration ont été réalisés par le groupe de travail pluridisciplinaire.

La validation par la CME, le comité qualité gestion des risques et des vigilances est effective, seul le conseil d'administration n'a pas été consulté. Les risques spécifiques au processus ont été identifiés par le groupe de travail "Dossier Patient", hiérarchisés suivant la grille HAS et intégrés à la cartographie des risques. Six risques sont intégrés dans le compte qualité dont l'absence de formalisation et de diffusion des règles de tenue du dossier patient. Des objectifs d'amélioration sont adaptés aux données issues de l'analyse des risques, selon le degré de priorité et intégrés dans le PAQSS de l'HAD. La communication aux professionnels de l'HAD est réalisée au travers de réunions plénières et du logiciel qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote est la responsable des soins infirmiers. Ses rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la fiche de mission du pilote du processus. Le groupe de travail « dossier patient » élabore un plan d'actions opérationnel (par exemple « ajouter une case « ordonnances » au formulaire de demande d'admission »). Ce groupe de travail est composé de médecins coordonnateurs, d'infirmières, d'aides-soignantes; il assure la diffusion de la procédure auprès de leurs pairs sans qu'elle soit validée par les instances. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires en terme d'effectif (par exemple : infirmière d'évaluation, infirmière de suivi, infirmière de chevet).

L'archivage des dossiers patients papier est externalisé, le délai de mise à disposition des dossiers est adapté à la prise en charge en HAD. Un archivage intermédiaire de l'année précédente et de l'année en cours est réalisé dans les locaux de l'HAD respectant les règles en vigueur. La procédure de gestion et de tenue du dossier patient tant numérique que dossier de soins papier au domicile est élaborée, formalisée : responsabilités, tenue, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage. Cependant, cette procédure n'est pas validée par les instances. La diffusion de ces règles est réalisée aux professionnels lors du groupe de travail « dossier patient » et lors des temps de transmission. La diffusion aux nouveaux arrivants s'effectue lors de leur tutorat, la diffusion aux professionnels libéraux dont les infirmières libérales est réalisée par l'infirmière de suivi. L'établissement met en place une organisation permettant, à l'ensemble des intervenants, la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient. Le dossier patient est informatisé avec un accès aux professionnels salariés et libéraux, Un accès en mobilité est déployé concernant une partie du dossier de soins papier au domicile (transmissions ciblées, constantes, nouvelles ordonnances). Le dossier patient informatisé comprend : dossier médical, dossier de soins, scanners des pièces papier.

Une procédure organise l'accès du patient à son dossier ou, aux personnes autorisées, selon les modalités et les délais précisés par la réglementation et de son information quant aux droits d'accès (livret d'accueil).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable des soins infirmiers, les cadres de santé, le médecin de l'information médicale organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant le dossier patient en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les infirmières d'admission et les infirmières de suivi réalisent la déclinaison opérationnelle du processus dossier patient. L'infirmière de suivi guide les professionnels libéraux, lors de l'admission du patient, sur la traçabilité des informations concernant le patient et les règles et tenue du dossier de soins papier au domicile. Elle sensibilise aussi ces professionnels à la saisie des transmissions sur le dossier patient informatisé. Les infirmières salariées sont sensibilisées lors des transmissions par les infirmières de suivi. Les mêmes infirmières s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors de leur visite hebdomadaire. Leur évaluation hebdomadaire donne lieu à un réajustement des pratiques auprès des professionnels salariés et libéraux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales, informatiques, soignantes, techniques, administratives sont adaptées au déploiement du dossier patient sur l'HAD. La responsable des soins infirmiers, les cadres de santé, les médecins coordonnateurs, les infirmières d'admission et les infirmières de suivi forment leurs

pairs salariés ou libéraux au dossier patient. Cette formation s'effectue lors du tutorat pour les nouveaux arrivants salariés de l'HAD, ou lors de l'admission d'un patient pour les libéraux. Pour la formation au dossier patient informatisé, l'établissement utilise le guide élaboré par l'éditeur du logiciel. Les éléments papiers du dossier sont gérés par des professionnels formés de l'HAD. Les ressources matérielles sont disponibles dans les secteurs. Les locaux d'archivage sont conformes à la réglementation et adaptés. Une organisation est en place pour satisfaire la demande d'accès à son dossier par le patient. La demande est adressée à la directrice de l'établissement sur un formulaire, l'information des droits d'accès du patient à son dossier est accessible dans le livret d'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de l'HAD mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement liés au dossier patient. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient informatisé, y compris en mobilité.

La traçabilité dans le dossier de soins au domicile est effective. Les infirmières salariées connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement du processus Dossier Patient. Cependant, bien que les infirmières libérales connaissent l'organisation prévue, la traçabilité n'est pas exhaustive. Il en est de même pour les kinésithérapeutes libéraux et les orthophonistes libérales.

Les sages-femmes libérales assurent la traçabilité des informations concernant le patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Aucun dossier n'a fait l'objet d'une demande en 2016.

La traçabilité est assurée.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est efficace et réalisée en temps utile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HAD assure une évaluation par le biais du recueil des IQSS lors des campagnes nationales.

Cette évaluation a été complétée jusqu'en 2015 par une évaluation de la conformité du dossier patient sur les critères IQSS HAD en routine sur quelques dossiers. Une EPP « documents PCA » a été réalisée en 2016. Une évaluation des pratiques des professionnels salariés et libéraux au domicile du patient par les infirmières de suivi est organisée à l'aide d'une check-list.

L'HAD suit les indicateurs Hôpital Numérique. L'accès au dossier par le patient et/ou ses ayants droits fait l'objet d'une évaluation lors du rapport de la CDU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Elles sont principalement centrées sur l'amélioration de la gestion du dossier patient. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, au minimum, une fois par an, au sein du comité qualité gestion des risques et des vigilances (COQ-COVID) ainsi qu'au sein du groupe de travail « dossier patient ». Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais des réunions de transmissions, d'un affichage dans les locaux, sur le logiciel qualité et sur les boîtes mail. Les résultats des IQSS sont transmis à la CDU, cependant, ils ne sont pas diffusés dans le livret d'accueil ni sur le site internet. Les délais d'accès sont étudiés en CDU et transmis à l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du bilan annuel.

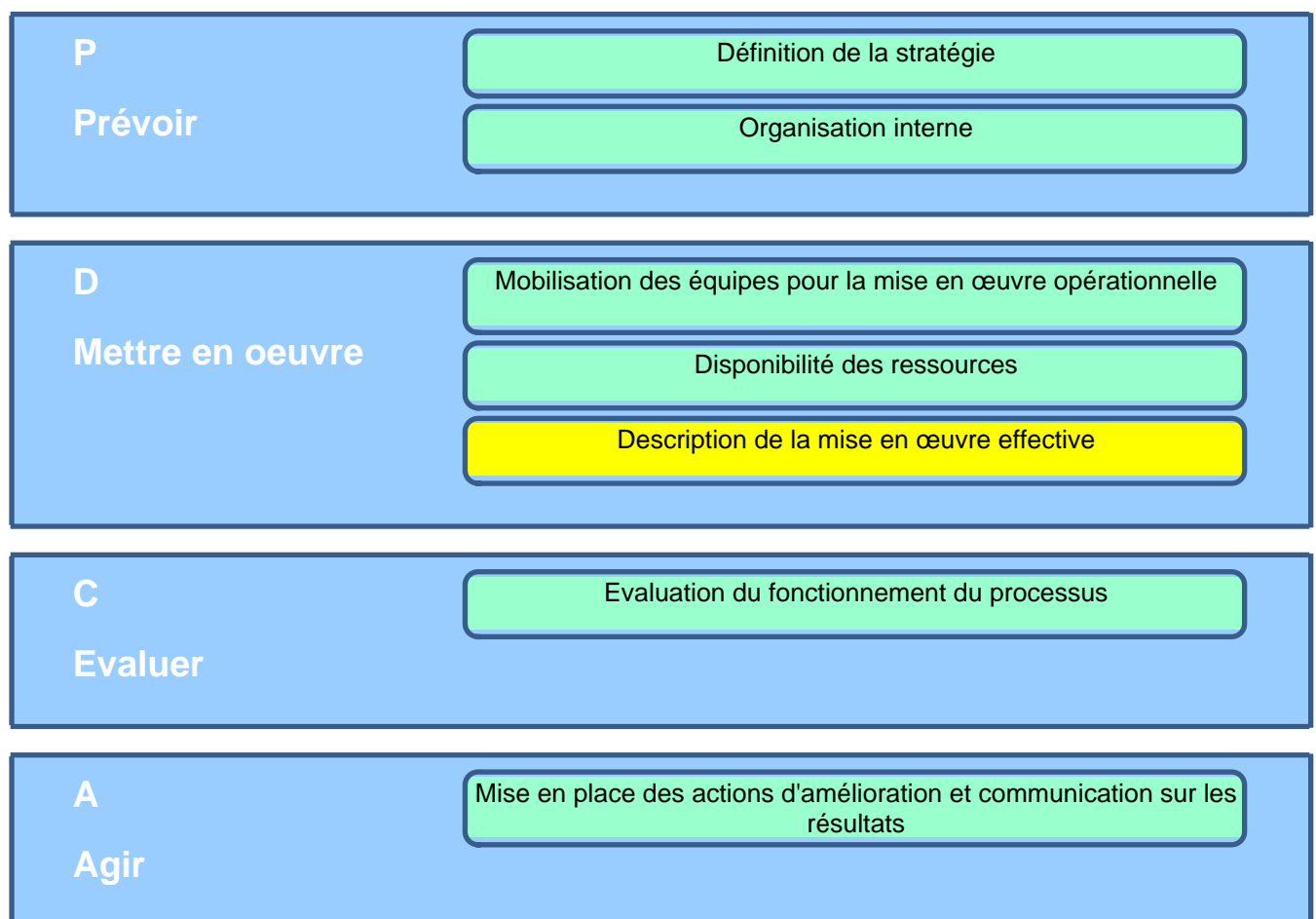
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement HAD 35 a défini une stratégie en vue de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients à partir d'une analyse de risques a priori réalisée en 2012 puis en 2017, et les analyses des effets indésirables. Elle prend en compte également les orientations soumises par l'ARS Bretagne dans un rapport établi en 2016 suite à un effet indésirable grave associé aux soins lié à la prise en charge médicamenteuse d'un patient. L'établissement HAD 35 a décliné sa stratégie dans un document définissant sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour la période 2017-2018. Elle sera intégrée dans le futur projet d'établissement en cours de finalisation au moment de la visite. Les orientations 2017-2018 sont :

- maintenir la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse comme priorité
- formaliser les responsabilités, les autorités, et les délégations de responsabilité du personnel liées à la réorganisation de l'établissement en septembre 2016
- former les professionnels et les nouveaux arrivants à la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- sensibiliser les soignants à la détection des erreurs médicamenteuses
- développer l'analyse des erreurs médicamenteuses
- coordonner les vigilances notamment la pharmacovigilance.

Cette politique a été validée par les instances (direction, CME, responsable des soins infirmiers, et pharmacien). Cette politique est déclinée du programme d'actions de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce PAQSS est priorisé selon la méthode établie pour l'ensemble de l'établissement. Le compte qualité reprenant les risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien de l'établissement, qui a été nommé responsable qualité du management de la prise en charge médicamenteuse. Elle dispose d'une fiche de mission datée de mars 2017, validée par la directrice et la présidente de CME. En tant que pilote de la thématique, elle dispose également d'une fiche de poste. L'établissement ne dispose pas de PUI. Des conventions avec les officines de ville ont été établies soit par l'intermédiaire du syndicat des officines, soit directement avec les officines. Pour les médicaments à dispensation hospitalière, une convention a été établie entre l'établissement HAD35 et la PUI du CHU de Rennes, comprenant les modalités de transport. Ayant l'autorisation de pose de chimiothérapie, une convention avec le CRLCC permet à l'établissement HAD35 d'avoir le statut d'établissement associé. L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans une procédure "circuit du médicament", prenant en compte l'ensemble des étapes de la prise en charge de la prescription à la traçabilité. Elle permet d'assurer une continuité dans la prise en charge médicamenteuse de la sortie de l'établissement adresseur, au domicile du patient. Néanmoins, elle ne fait pas mention des modalités de traçabilité des médicaments par le patient lui-même ou l'aidant. L'outil de prescription et de traçabilité est unique. Au jour de la visite, l'informatisation de la prescription médicamenteuse est effective sur les prises en charge en obstétrique. Un déploiement sur les autres types de prise en charge reste à programmer selon les évolutions de paramétrage du SIH définies lors d'essai d'informatisation des autres types de prises en charge. Les médecins disposent des aides à la prescription dans la partie informatisée du dossier patient, et ont accès à la base Claude Bernard. La liste des médicaments à risque est définie. Les modalités de prescription chez le sujet âgé font l'objet d'une procédure afin de diminuer le risque de morbi-mortalité. L'analyse pharmaceutique est effectuée par les pharmaciens des officines de ville. La gestion documentaire est à jour intégrant les procédures spécifiques des prises en charge ou des thérapeutiques. Des formations relatives à la prise en charge médicamenteuse sont inscrites au plan de formation institutionnel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels ont pu définir les actions prioritaires à mettre en place grâce au groupe de travail qualité spécifique à la prise en charge médicamenteuse, en lien avec le PAQSS institutionnel.

Le pharmacien procède à des actions de sensibilisation vers les professionnels médicaux et non médicaux, au risque d'erreur médicamenteuse, et au signalement des erreurs.

Des évaluations de pratique sont en place sous forme d'audits et sont formalisées sous forme d'EPP (montage des lignes de perfusion, évaluation des prescriptions des sujets âgés, réévaluation de l'antibiothérapie).

Les signalements d'événement indésirable en lien avec la prise en charge médicamenteuse font l'objet de retour d'expérience sous la forme d'information. Les erreurs les plus graves font l'objet d'une analyse de cause profonde (analyse REMED).

Des actions de sensibilisation sur la spécificité de prise en charge du sujet âgé sont conduites par le pharmacien de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose de 4 médecins coordonnateurs, 2 pour chaque secteur nord et sud.

Plusieurs documents ont été mis en place afin d'assurer l'information patient sur les thérapeutiques administrées et leurs surveillances (chimiothérapie orale, AVK...).

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, chaque professionnel est équipé d'un téléphone portable, lui permettant d'effectuer les transmissions ciblées, photographier les nouvelles prescriptions afin d'avertir les médecins coordonnateurs, informer celui-ci en cas d'urgence pouvant nécessiter une prise en charge thérapeutique en urgence.

Les professionnels ont accès à des formations institutionnelles à la détection des erreurs médicamenteuses, à la conciliation médicamenteuse pour le pharmacien, pose et surveillance des chimiothérapies.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La procédure "guide du médicament" est connue des professionnels salariés de l'établissement HAD 35.

Pour les chimiothérapies, seuls les patients suivis au CRLCC Eugène Marquis sont pris en charge au sein de l'HAD35.

Une organisation est mise en place afin de centraliser les différentes prescriptions dont peut bénéficier un patient. Avant son admission, le médecin coordonnateur référent du patient prend connaissance des prescriptions. Elles sont reportées sur le support unique de l'établissement, reprenant la molécule, dosage, forme galénique, le nom du médecin prescripteur. L'analyse des éventuelles prescriptions similaires ou contre indiquées est effectuée, et ajustée si nécessaire après information du médecin prescripteur. Les prescriptions sont effectives pour 7 jours, hors changement de thérapeutique. Pour les prises en charge en obstétriques, les sages femmes coordinatrices saisissent le traitement dans le dossier patient informatisé de la patiente reprenant la DCI, le dosage, la posologie, l'identité du médecin prescripteur. En cas de médicament en dehors du champ d'autorisation des sages femmes, elles ont recours à un des médecins coordonnateurs de l'établissement. Chaque ligne de prescription fait l'objet d'une validation soit par la sage femme soit par le médecin coordonnateur. Le support de traçabilité est papier, identique à tous les patients pris en charge au sein de l'HAD 35 selon les mêmes modalités (remplissage du support papier par les sages femmes coordinatrices).

En cas de changement de thérapeutique, l'IDE salariée de HAD 35 communique la nouvelle prescription, afin d'ajuster les prescriptions. Néanmoins, il a pu être constaté que la prise en compte de la totalité des traitements prescrits ne sont pas systématiquement signalées au médecin coordonnateur.

L'ensemble des prescriptions sont transmises à l'officine de ville du choix du patient. L'acheminement des médicaments de l'officine vers le domicile du patient est effectué soit par l'entourage soit un professionnel de HAD35. Le circuit et le stockage des médicaments devant rester au froid sont opérationnels. En cas de prescription relevant de la réserve hospitalière ou de chimiothérapie, le pharmacien de l'établissement HAD 35 transmet les prescriptions. Les transports des thérapeutiques sont assurés par les professionnels de HAD35 après conditionnement par l'établissement d'origine des thérapeutiques.

L'analyse pharmaceutique est effectuée par les officines de ville, selon leur propre organisation.

L'ensemble des DM sont délivrés par l'HAD35 et sont centralisés dans les locaux de HAD 35. L'acheminement au domicile du patient est effectué par les professionnels de l'HAD, pour une durée de 10 jours. Les DM sont conditionnés dans des sacs identifiés avec une étiquette patient.

Au domicile du patient, les DM et les médicaments sont rangés dans une colonne spécifique. Les stupéfiants sont rangés dans un contenant codé limitant son accès. Il est prévu, après avis du médecin coordonnateur la possibilité de stockage des médicaments dans un lieu différent selon les habitudes du patient, comme cela est notifié dans la procédure. Cependant, il a été constaté que cette possibilité de rangement en dehors de la colonne de rangement n'assure pas toujours la sécurité de l'entourage du patient, qui peut accéder aisément aux thérapeutiques.

Le médecin coordonnateur décide de la possibilité pour le patient d'auto gérer ses traitements oraux ou l'administration par une IDE. Le support de prescription complété par le médecin coordonnateur permet la traçabilité des médicaments durant 7 jours par le patient, les IDE libérales ou salariées. Selon les thérapeutiques, l'état du patient et ses habitudes, les médicaments peuvent être conditionnés sous pilulier. Celui-ci est fait par une IDE salariée de l'HAD. En cas d'urgence, l'IDE dispose de médicaments dit "d'urgence" dans une valise. Ces médicaments font l'objet d'une prescription par le médecin coordonnateur. En cas de nécessité, l'IDE appelle le médecin coordonnateur référent du patient ou d'astreinte. Celui-ci fait une prescription téléphonique, confirmée par SMS la molécule à administrer, le

dosage et la voie d'administration puis est ajouté au plan de soins papier afin d'en assurer la traçabilité. La sécurisation de cette prescription en urgence n'est pas toujours effective, et il a pu être constaté une prescription téléphonique non mis à jour sur le support de prescription du patient. Les IDE notent dans leurs transmissions ciblées la ou les thérapeutiques administrées. Il n'y a pas de retranscription, mais une perte d'information. Des documents d'information patient existent selon les thérapeutiques. Pour les chimiothérapies orales, le document signale les précautions à prendre par le patient en cas de traitement est laissé à disposition ce qui ne correspond pas aux règles de gestion des chimiothérapies en établissement sanitaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des EPP sont opérationnelles dont une sur la réévaluation de l'antibiothérapie et une sur l'évaluation de la prescription chez le sujet âgé.

Le suivi des indicateurs dans le cadre du CBUM est effectif avec des points d'étape réguliers.

L'établissement a mené deux audits de type Interdiag en 2012 et 2017. Ces évaluations sont compétées par des audits ponctuels (respect des dates d'ouverture des facons multi-doses, gestion des lignes de perfusion en lien avec les IDE libérales).

Une analyse de cause profonde a été conduite par la méthode REMED suite à une erreur médicamenteuse grave. Cela a été l'objet d'un CREX.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en place notamment suite aux analyses des erreurs médicamenteuses sont communiquées aux professionnels lors de réunions plénières.

Le comité de pilotage (COQ-CODIR) est informé tous les 15 jours des actions identifiées et mises en place.

Si nécessaire, le pharmacien participe aux transmissions entre équipes afin d'informer les professionnels sur les nouvelles procédures, les actions mises en place, l'identification des risques et actions prioritaires.

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.

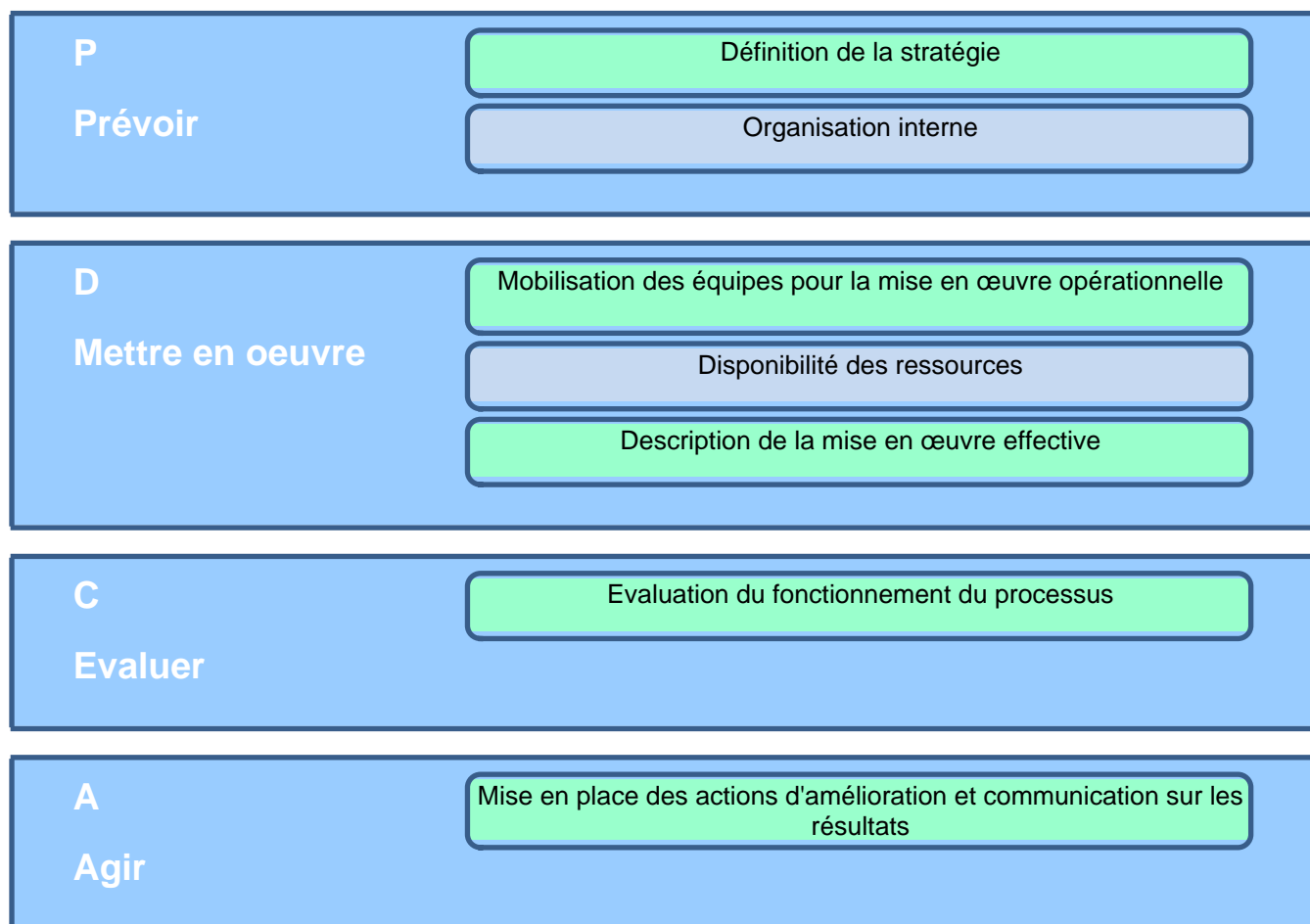
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

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

L'établissement a déterminé un processus permettant la mise à disposition des équipements et des matériels médicaux adaptés aux besoins du patient. Ce processus s'appuie sur des références de recommandations nationales et les risques identifiés sur la procédure circuit des dispositifs médicaux et la procédure circuit des équipements à domicile. Deux risques, retrouvés dans le compte qualité, ont été identifiés par un groupe de travail multidisciplinaire « matériel et dispositif médicaux » suite à deux réunions. Les risques sont hiérarchisés selon la méthodologie définie par la HAS.

Dans le projet d'établissement 2012-2016, la gestion des équipements et produits au domicile du patient y est intégré, le nouveau projet d'établissement est en cours et reprendra cette thématique. La formalisation du circuit des équipements au domicile comporte cinq objectifs repris dans le compte rendu du groupe de travail : Mettre en place la gestion des locations de matériel via le logiciel spécifique, analyser les fiches d'évènements indésirables (EI) sur la gestion des équipements au domicile afin de mettre en place des actions correctives et les communiquer aux professionnels de santé, optimiser la reprise du matériel en fin de prise en charge, assurer des formations sur le matériel aux professionnels de santé, organiser des rencontres avec les prestataires pour des audits, des bilans de fonctionnement et analyse des EI a minima 1 fois par an.

De plus, un plan d'action a été formalisé pour 2017, par le groupe de travail, avec des actions d'amélioration, des responsables et des échéances. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité 2017 qui est présenté et validé en réunion COQ-COVIR (Comité organisationnel de la qualité / Comité organisationnel des vigilances et risques) et en CME.

ORGANISATION INTERNE

Le processus concerne la gestion des dispositifs médicaux stériles à usage unique, les dispositifs médicaux réutilisables fournis par la pharmacienne de l'HAD et ceux fournis par les 2 prestataires (1 prestataire secteur nord et 1 prestataire secteur sud) : lits, matelas, matériel de perfusion (PCA, pousse seringue), pompe à nutrition, matériel à oxygénothérapie ... et enfin le matériel à pansement complexe (TPN). Les pilotes sont la pharmacienne et une IDE de suivi référente plaie et cicatrisation. Une fiche mission intègre les missions sur « la gestion des équipements au domicile du patient ».

Au regard des besoins identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires.

Il est prévu que tous les patients soient pris en charge par un infirmier de l'HAD et/ou un infirmier libéral au domicile avec le matériel adapté.

Au niveau soignant : Suite à la validation de l'admission, l'IDEC d'évaluation qui a assuré l'évaluation initiale des besoins avant l'admission du patient, définit un plan de soins patient dans le DPI. L'IDE d'évaluation commande informatiquement le « gros matériel » à un prestataire dans le dossier patient en 2 temps : validation puis envoi de la demande.

Ensuite elle remplit informatiquement le formulaire de base « dotation domicile à prévoir pour 10 jours » qui restera au domicile. La pharmacienne en lien avec les IDE de suivi assurent une révision des besoins patients pour les dispositifs médicaux. Les modifications en cours de prise en charge et le retrait sont réalisées informatiquement sur le même principe.

Deux conventions sont signées avec les deux prestataires principaux pour le « gros matériel » : lit, matelas, lève malade, extracteur oxygène, aspiration, pompe à nutrition. Lors de l'admission, pour les patients avec un prestataire déjà en place, ce dernier est maintenu. Le reste des dispositifs médicaux est fourni par la pharmacienne de l'établissement et pour une période de 10 jours. Le matériel part dans des sacs fermés et identifiées avec une étiquette patient. Le local « stockage pharmacie/DM/équipement » a une partie réservée avec une zone de stockage, une zone de départ et une zone retour. Les DM sont rangés dans une colonne plastique patient systématiquement.

Ensuite hebdomadairement, les infirmières HAD ou libérales assurent les commandes via un formulaire de « commande matériel domicile pour 10 jours » en cohérence avec le « formulaire de base ».

Les livraisons sont organisés pour les commandes programmées et urgentes. Des stocks « tampons » sont constitués pour les PCA, les pousses seringues, les extracteurs d'oxygène, les pompes à nutrition entérale, les moteurs de TPN.

Les prestataires externes assurent les livraisons du « gros matériel » au domicile du patient, les soignants de l'HAD réalisent les livraisons urgentes et programmées en fonction d'un planning. Pour les PCA, elles sont livrées au niveau du local stockage pharmacie, toutes les PCA ont un double contrôle d'opérationnalité, par le prestataire et la pharmacienne, tracé sur des feuilles spécifiques, avant la mise en place.

Tous les prestataires ont une assistance téléphonique 24H/24 en cas de problème technique. En cas d'urgence, l'IDE de suivi ou la cadre de santé d'astreinte de nuit ou l'IDE de nuit sont sollicitées. Des placards de réserve d'urgence sont accessibles H 24.

Chaque soignant dispose d'une mallette de soins dont le contenu est défini suivant la fonction : sage-femme, IDE, AS. Des procédures formalisent cette gestion du matériel. Elles sont intégrées au système de

gestion documentaire et accessible par chaque professionnel. Les principales sont : « gestion des dispositifs médicaux et du matériel pour le domicile », « circuit des dispositifs médicaux », « circuit des équipements à domicile », « Sécurisation de stockage des DM et des médicaments au domicile du patient » et « Tri des tours au retour du domicile » ; plus les procédures d'un prestataire et son manuel qualité 2016-2017.

De plus, les prestataires fournissent des fiches simplifiées pour chaque matériel qui sont mises au domicile. Ils assurent la formation en cas de nouveaux matériels. La maintenance et les échanges en cas de panne sont intégrés à la convention avec le prestataire.

Enfin, pour les patients à haut risque vital, l'HAD a prévu dans la procédure « gestion des dispositifs médicaux et du matériel pour le domicile », un paragraphe vigilance sur les patients à risque.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, la pharmacienne assure la supervision de l'organisation. Elle sensibilise les professionnels avec les cadres de santé sur les risques et les dysfonctionnements lors des réunions de service ou lors des transmissions journalières. Des réunions de coordination pluridisciplinaire sont opérationnelles tous les lundis sur la prise en charge des patients ainsi que des réunions qualité pluri professionnels, le mardi et le jeudi. Ces temps permettent aussi d'informer sur le processus et d'échanger sur la gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient et sur les actions correctives.

Les infirmières de suivi s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en se rendant au domicile du patient une fois par semaine. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Leur évaluation hebdomadaire donne lieu à un réajustement des pratiques auprès des professionnels salariés et libéraux. Le plan d'action est suivi lors des réunions du groupe de travail tous les 2 mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (pharmacienne, médecins coordonnateurs, cadres de santé, IDE d'évaluation, IDE de suivi, IDE de soins, IDE de nuit, responsable qualité, préparatrice en pharmacie) sont mises à disposition par secteur géographique et référent patient. Tout le matériel à la prise en charge est disponible dès l'admission et réajusté tout au long du séjour. Le matériel nécessaire à la prise en charge du patient est disponible au domicile après la visite de préadmission assurée par l'IDE d'évaluation. Il est fourni par la pharmacienne (niveau opérationnel/local stockage pharmacie/DM/équipement) et les prestataires. La fiche simplifiée d'utilisation du matériel, si besoin, est présente au domicile et mise dans la colonne de rangement.

La livraison du matériel est organisée en concertation HAD et prestataires pour être réalisée en fonction du jour d'admission.

Pour les DM, l'IDE de suivi et/ou de soins qui réalisent l'admission apporte le matériel au domicile. Chaque patient a une colonne de rangement pour stocker les DM et petit équipement.

De plus, la formation des professionnels est assurée en interne et en externe par les fournisseurs de matériel et par la pharmacienne et les cadres de santé.

Le matériel en location est géré par la pharmacienne, la préparatrice et les IDE de suivi en lien avec les IDE de « chevets soins » et avec les IDEL. Ces professionnels gèrent aussi le suivi des DM mis au domicile du patient.

Les fiches dotations de base et commande permettent d'optimiser les commandes à partir des plans de soins présents dans le dossier patient. Pour faciliter les préparations et homogénéiser les pratiques, le matériel est identique en fonction des soins.

Enfin, chaque professionnel est responsable de sa mallette de soins. Elle est nominative pour les soignants de jour et il y a une seule mallette pour l'IDE de nuit. Les contenus sont définis sur une feuille, placée dans la mallette. Une procédure formalisant la gestion et l'utilisation des mallettes est mise à disposition des professionnels.

En cas d'urgence, la cadre de santé d'astreinte de nuit ou l'IDE de nuit gère la situation. Elle accède aux 2 armoires de réserve d'urgence qui sont remis à niveau tous les jours du lundi au vendredi par les prestataires et par la pharmacienne ou la préparatrice, suite à une traçabilité sur des classeurs de suivi pour les 2 armoires d'urgence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'interface avec la pharmacienne, les IDE d'évaluation, les IDE de suivi et les prestataires est opérationnelle pour l'approvisionnement, de même qu'en cas de besoin urgent. Les patients ont à leur admission un livret d'accueil spécifique HAD qui intègre l'information sur la gestion du matériel. Pour la dispensation des DM, à partir du formulaire de base, remplie par l'IDE d'évaluation, la feuille est imprimée et mise dans une bannette spécifique pour la préparatrice ou la pharmacienne.

La feuille de demande est remplie hebdomadairement pour le réapprovisionnement.

La feuille de base est modifiée tout le long du séjour, à partir des visites de l'IDE de suivi à domicile. La commande du gros matériel est réalisée informatiquement à partir d'un onglet spécifique « location »

dans de dossier patient.

A réception du gros matériel au domicile, la commande doit être vérifiée par le patient ou un membre de la famille. La réception de la commande est contrôlée par l'IDE qui réalise l'admission.

Les malles soignantes sont opérationnelles, contrôlées et désinfectées tous les trimestres lors des journées qualité et une feuille de traçabilité est remplie.

La « colonne DM/équipement » est installée au domicile du patient par l'IDE qui assure son admission. A la sortie, la « Tour » colonne DM/équipement est triée conformément à l'instruction formalisée soit DASRI, remise en stock ou don à une association.

De plus, la pharmacienne et la responsable qualité ont mis en place un signalement des non conformités par les prestataires.

Enfin, les signalements des patients à risque utilisant de l'électricité est réalisé à partir d'un formulaire « gestion des patients prioritaires au distributeur d'électricité » adressé au distributeur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation globale et le suivi de la mise en œuvre sont assurés annuellement par la pharmacienne et le groupe de travail. Une évaluation ciblée a été réalisée en 2017 : « Audit d'organisation prestataire : location de matériel médical pour usage à l'HAD ». De plus, une évaluation de la gestion de la « logistique et des consommables » est réalisée dans le questionnaire de satisfaction patient/aidant. Enfin, un formulaire de recueil d'insatisfaction peut être rempli à tout moment autant lors d'un échange téléphonique que lors d'une rencontre soignante au domicile.

Les IDEC assurent aussi l'évaluation sur le terrain, lors des visites de suivi au domicile. Les indicateurs suivis sont ceux de matériovigilance et d'EI. Pour les fiches d'EI en 2017 de janvier à mi-mai : 24 déclarations.

A / AGIR

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

La démarche d'amélioration est en place avec un suivi par la pharmacienne, l'infirmière de suivi copilote, la responsable qualité. Des actions d'amélioration ont été finalisées en lien avec les risques identifiés : écriture des procédures de gestion des équipements et diffusion auprès des professionnels et réalisation d'un audit auprès d'un prestataire. D'autres améliorations ont été réalisées : élaboration des fiches techniques et notices d'utilisation DM/équipement, sensibilisation à la déclaration des EI sur ce processus, suivi des alertes matériovigilance. Lors des visites, les IDE de suivi regardent la conformité des pratiques à partir des documents au domicile et de la traçabilité du remplissage du formulaire.

La révision annuelle du programme permet de réexaminer les risques significatifs, l'état d'avancement des actions d'amélioration et d'ajuster le compte qualité et le PAQSS.

Les résultats d'évaluation sont communiqués via la messagerie (mails internes et externes), par affichage et lors des réunions (staffs, transmissions soignantes) en interne. De plus, pour le traitement des fiches d'EI sur ce processus, la pharmacienne utilise le logiciel spécifique de déclaration pour transmettre à tous les soignants les résultats.