

Chapitre 1 : Le patient

Le patient hospitalisé dans les différents établissements des Hôpitaux du Massif des Vosges reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, les hypothèses diagnostiques ainsi que sur les consignes de suivi pour sa prise en charge à sa sortie. Il exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins, y compris lorsqu'il est mineur. Durant son séjour, il bénéficie de messages de santé publique pour réduire ses principaux facteurs de risque ainsi que d'informations lui permettant de devenir acteur de sa prise en charge. Lorsque la situation le permet, un projet de naissance est proposé aux futurs parents. Le patient est systématiquement informé de sa possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance de son choix. En ambulatoire, comme en HAD, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. Il est relevé cependant que le patient n'est jamais informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés et qu'il n'est pas informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées. En situation de fin de vie, le patient concerné a la possibilité de faire valoir sa décision d'accéder aux soins palliatifs. De façon générale, les informations utiles aux modalités de sa prise en charge sont communiquées au patient ; si celui-ci est la plupart du temps informé que l'établissement va alimenter son DMP, il ne sait pas toujours qu'il ne doit pas échanger avec l'équipe médicale via une messagerie non sécurisée. L'information sur les représentants des usagers n'est pas systématique et le patient n'est le plus souvent pas informé des modalités pour soumettre une réclamation pendant son séjour ou pour déclarer un événement indésirable lié au soin. Dans la plupart des services de l'établissement, le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité ; toutefois, les locaux du service de médecine du site de Gérardmer ne permettent pas de garantir une prise en charge digne : 4 chambres ne sont équipées ni de douche ni de WC, l'une des deux douches communes du service (pour 17 patients) n'est pas fonctionnelle ce qui ne permet pas un roulement régulier des douches pour les patients et l'entrée de 2 chambres contiguës à la salle de soins se fait par un local de réserve. Par ailleurs, en USLD à Gérardmer, de nombreuses chambres sont portes ouvertes sur demande du patient selon l'équipe mais sans traçabilité de cette demande dans le dossier. A l'USLD de Foucharupt, on note l'absence de prise de douche par certains patients sur de longues périodes (jusqu'à 3 semaines) ; l'équipe précise que ce sont des patients qui refusent la douche mais ce refus n'est pas tracé. Le patient mineur est généralement accueilli dans un environnement adapté à sa prise en charge ; toutefois, au service d'accueil non programmé du site de Gérardmer, les patients adultes et enfants étaient mélangés ; ce point a été immédiatement réglé après signalement avec identification d'une salle réservée à l'accueil des enfants ; par ailleurs, les intervenants ne sont pas toujours formés à la prise en charge des enfants (secteur ambulatoire de Saint Dié, urgences de Saint Dié en l'absence des puéricultrices) : un groupe de travail pédiatrie/urgences a été mis en place pour traiter ce point. Le patient vivant avec un handicap ou le patient âgé dépendant bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour. Le respect de la confidentialité est assuré par les professionnels. Le recours à la contention mécanique fait le plus souvent l'objet d'une prescription médicale ; on note toutefois l'absence de prescription systématique des barrières de lit en UCA, au retour du bloc, ou encore l'absence de réévaluation sur une prescription ancienne en USLD à Gérardmer. Le patient reçoit le plus souvent une aide pour ses besoins élémentaires tout au long de sa prise en charge. La prise en charge de la douleur est assurée au niveau de l'évaluation et du soulagement et la traçabilité en est quasi systématiquement assurée. Les proches et aidants sont invités à s'impliquer dans la mise en oeuvre du projet de soins. Lorsque la situation le nécessite, la présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite. L'adhésion des aidants est également organisée pour les prises en charge en HAD. Le patient en situation de précarité bénéficie d'un accompagnement social adapté. Le patient vivant avec un handicap est invité à exprimer ses besoins pour une prise en compte dans son projet de soins. Le patient mineur bénéficie de modalités de prise

en charge intégrant les préoccupations adaptées à sa situation. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son lien social. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie, en lien avec les assistantes sociales.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions de prise en charge est systématiquement argumentée au sein des équipes. L'orientation du patient par le SMUR est argumentée avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en secteur de SMR est argumentée et réévaluée. En hospitalisation complète, la prescription d'une HAD est le plus souvent envisagée dès l'admission du patient ; l'analyse des transferts en HAD n'est cependant pas systématiquement réalisée par les services prescripteurs. Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement argumentées ; en revanche l'évaluation de la pertinence entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique. La pertinence de la transfusion de produits sanguins labiles est argumentée et régulièrement analysée. Le dossier médical préhospitalier du SMUR, suite à régulation médicale par le SAMU, comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés ; toutefois les délais d'attente aux urgences ne sont pas communiqués au patient et le service ne connaît pas en temps réel les disponibilités en lits des services de l'établissement (4 relevés quotidiens sont effectués). Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté : les professionnels soulignent généralement l'ergonomie du dispositif (logiciel adapté, tablettes mobiles) et confirment pouvoir consulter le dossier médical du patient sur Mon espace santé. Les équipes se coordonnent le plus souvent pour la mise en oeuvre du projet de soins au sein du service ainsi que dans les cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (EMSP, réseau périnatalité, diététicienne, référent antibiothérapie) ; les modalités de recours à la télésanté ne sont cependant pas formalisées ni toujours connues des professionnels. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte des urgences ; les équipes de chirurgie et d'anesthésie ne mettent cependant pas systématiquement en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent les informations nécessaires pour sécuriser la prise en charge des patients ; toutefois, la qualité des informations transmises ne fait pas l'objet d'une analyse régulière débouchant sur des actions d'amélioration. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list "sécurité du patient" est quasiment toujours utilisée de manière efficace. En HAD, les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et la capacité d'intervention soignante à domicile 24h/24 est assurée. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient (par exemple pour la prise en charge du diabète). Le carnet de santé est demandé aux parents et mis à jour avec les informations utiles au suivi de l'enfant. Une démarche palliative coordonnée est mise en oeuvre pour les patients en fin de vie dans tous les secteurs de l'établissement. La continuité du parcours de soin à la sortie du patient est assurée par la mise à jour systématique du DMP (déversement automatique des données du dossier patient informatisé dans Mon espace santé) ; toutefois, la lettre de liaison n'est pas systématiquement remise au patient le jour de sa sortie, ainsi qu'en témoignent l'indicateur IQSS et les rencontres sur place avec les équipes. Les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont généralement respectées. La mise en application des vigilances sanitaires est maîtrisée. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ; toutefois le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement présent dans le dossier du patient lors des transferts. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont respectées. Les équipes d'HAD maîtrisent généralement la sécurisation du circuit des produits de santé ; les pratiques de sécurisation des produits de l'entrée à la sortie ne sont cependant pas systématiquement évaluées. L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée (bonnes pratiques à toutes les étapes du circuit, listes spécifiques par service, sensibilisation des équipes) ; il a

été constaté toutefois quelques écarts ponctuels dans les règles de stockage : pratiques non homogènes du suivi des températures des réfrigérateurs en cas de dépassement des bornes et de non déclenchement des alarmes (ce point a immédiatement fait l'objet d'une note de service rappelant le dispositif de signalement à respecter) ; pratiques de stockage non homogènes pour les injectables à risque dans les armoires à médicaments (ce point a fait l'objet d'une revue générale du positionnement des chlorures de potassium injectables afin de les éloigner sensiblement des autres électrolytes) ; serrure cassée de l'armoire à médicaments de la chirurgie. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques ; il a été constaté ponctuellement un transport de stupéfiants non sécurisé qui a donné lieu à réaction immédiate de l'établissement (mise à disposition de caissettes complémentaires). Les équipes présentent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel et de son traitement de sortie ; toutefois le bilan thérapeutique du traitement n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient au jour de sa sortie. La sécurité transfusionnelle est totalement maîtrisée (traçabilité dans le dossier, connaissance des protocoles, mesure des taux de destruction). Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant quasi systématiquement les bonnes pratiques d'hygiène des mains et en respectant totalement les précautions adéquates, standard et complémentaires ; de nombreux audits sont réalisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont appliquées par les équipes ; toutefois tous les secteurs ne disposent pas de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque type de chirurgie et d'acte interventionnel. Le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux réutilisables est maîtrisé. Les équipes mettent en oeuvre les bonnes pratiques de prévention des infections liées à la pose d'un dispositif invasif ; toutefois les procédures ne sont pas totalement homogènes entre les sites (l'établissement a aligné les procédures entre les sites de Saint Dié et Gerardmer dès signalement). Le respect des bonnes pratiques per-opératoires est assuré par les secteurs interventionnels. Le risque de dépendance iatrogène est pris en compte par les équipes pluriprofessionnelles. Les recommandations vaccinales sont promues et soutenues auprès des professionnels. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants ; il a toutefois été constaté ponctuellement que le dossier du patient ne contenait pas la quantité de dose reçue par le patient pendant une procédure d'imagerie (imagerie per-opératoire en orthopédie - ce point a déjà été relevé par l'ASN ; scanner pour pelvimétrie en maternité). La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat est réalisée et le matériel d'urgence vitale est disponible et vérifié ; toutefois ce chariot n'était pas sécurisé, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa complétude permanente (ce point a été immédiatement réglé par l'établissement après signalement). L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est systématiquement validée. Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé. Certaines équipes procèdent à des évaluations des pratiques professionnelles structurées (par exemple EPP contention sur le site de Moyenmoutier) ; l'analyse des résultats cliniques avec identification d'un potentiel d'amélioration n'est toutefois pas généralisée dans tous les secteurs. La satisfaction du patient est recueillie et fait l'objet d'analyses au niveau établissement ; toutefois les équipes ne sont pas systématiquement impliquées dans les actions d'amélioration qui découlent de ces analyses et le recueil de l'expérience patient n'est pas structuré ni conçu avec les représentants des usagers. Certaines équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats de leurs IQSS et sur les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés ; toutefois, ces analyses et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration ne sont pas systématiques pour tous les secteurs. Les équipes des secteurs de soins critiques et des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en se fondant sur les indicateurs de leurs discipline (notamment les modalités de réalisation de la check-list au bloc opératoire). La qualité des résultats des examens de biologie et d'imagerie fait l'objet d'un suivi et d'actions d'amélioration. Les activités de prélèvement sont évaluées conformément aux indicateurs de l'Agence de biomédecine.