



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
DENAIN**

25 bis rue jean jaures

Bp 225

59723 Denain

Février 2016

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. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISIONS	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. 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	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	46

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

CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	
Adresse	25 bis rue jean jaures 59723 Denain
Département / région	NORD / NORD-PAS DE CALAIS
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	590000010	GCS FILIERE GERIATRIQUE DU TERRITOIRE DU VALENCIENNOIS	114 avenue desandrouin 59322 VALENCIENNES
Entité juridique	590782165	CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	25 bis rue jean jaures 59723 Denain
Etablissement de santé	590804324	CH DE DENAIN-SLD	25 bis rue jean jaures 59220 Denain
Etablissement de santé	590000592	CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	25 bis rue jean jaures Bp 225 59723 Denain
Etablissement de santé	590806071	CH DE DENAIN-CMP ENFANTS	3 rue du fort minique 59300 Valenciennes
Etablissement de santé	590806089	CH DE DENAIN-CMP ENFANT	74 rue jean jaures 59220 Denain
Etablissement de santé	590805339	CH DE DENAIN-HDJ JANET	89 rue duquesnoy denain 59220 Denain
Etablissement de santé	590806550	CH DE DENAIN-HDJ PINEL	12 boulevard kennedy 59273 Denain

Etablissement de santé	590009528	CH DE DENAIN-HDJ ENFANTS	88 rue duquesnoy 59220 Denain
------------------------	-----------	--------------------------	----------------------------------

Activités				
-----------	--	--	--	--

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	69	/	13
MCO	Gyneco-Obstétrique	33	4	/
MCO	Médecine	108	4	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	60	30	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	15	/
SLD	SLD	60	/	/
SSR	SSR	63	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
------------------------------------	--

Coopération avec d'autres établissements	CHT entre les Centres Hospitaliers de Valenciennes, Le Quesnoy, Saint Amand les Eaux. GCS de gériatrie du Valenciennois.
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement.

2. Décisions

Recommandation d'améliorations

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine - Pneumologie	bilan pathologie pulmonaire de découverte fortuite	urgences	complexe	MCO
2	Personne âgée	Chirurgie orthopédique	descellement de prothèse de hanche	urgences	complexe	MCO
3	Femme	Chirurgie ambulatoire	avulsions dentaires multiple	programmé	simple	MCO
4	Femme	Obstétrique	césarienne	urgences	simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Personne âgée	SSR	ostéosynthèse sur fracture déplacée / obésité	programmé	simple	SSR
6	Personne âgée	SLD	PA polypathologique /troubles cognitifs	programmé	simple	SLD
7	Adulte	SM	état dépressif grave	programmé	complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

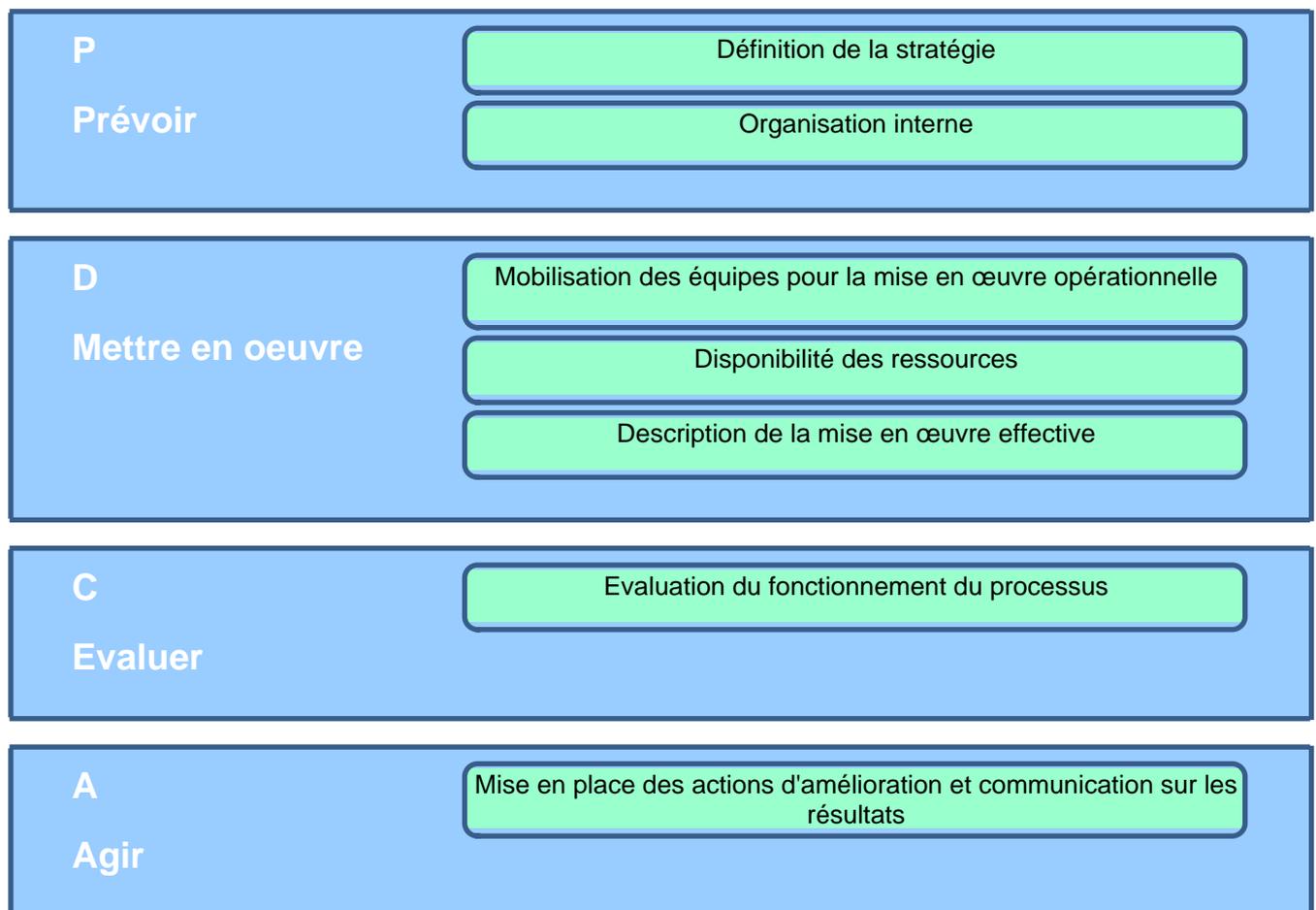
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le PAQSS a été construit en tenant compte des données du CQ (risques et actions d'améliorations). Il est structuré selon les thématiques du CQ. Pour chaque action du PAQSS est indiqué le lien avec le risque qui lui correspond dans le CQ. Les orientations définies ont servi de base à la contractualisation avec l'ARS dans le cadre du CPOM.

Cependant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas intégrée dans les orientations stratégiques et n'a pas été soumise à la CRUQPC. En effet, au moment de la visite, la démarche de formalisation du nouveau projet d'établissement était en cours de réalisation et en particulier le projet médical en voie de finalisation.

Le programme d'actions relatif à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intègre les évaluations de pratiques professionnelles et le respect des obligations légales et réglementaires. Les plans de gestion de crise ont été revus.

Toutefois, ce programme d'actions qualité et sécurité des soins n'intègre pas les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité est largement diffusé et est connu des professionnels rencontrés.

Une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement est mise en œuvre. La réalisation des cartographies des risques est programmée sur trois années et a fait l'objet d'un objectif du CPOM conclu avec l'ARS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

La coordination des différentes composantes du système qualité et de gestion des risques (notamment les dispositifs de vigilances, veille sanitaire, gestion globale de la qualité et des risques) est assurée au niveau institutionnel par la mise en place d'une Commission Qualité et Gestion des Risques et au niveau opérationnel par une cellule gestion des risques.

La Commission des Relations avec les Usagers est régulièrement informée de la progression de la démarche d'amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Une organisation est en place et permet le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP, RMM et RCP avec l'engagement effectif des professionnels dans les secteurs concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins est mise en œuvre. Elle est basée sur des actions de communication utilisant l'Intranet de l'hôpital et un ensemble de réunions organisé dans les services et concernant les principales actions mises en œuvre comme la sensibilisation à la déclaration des événements indésirables ou la démarche de cartographie des risques.

L'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins permet la déclinaison opérationnelle structurée de la politique qualité en intégrant les actions identifiées dans le cadre des cartographies des risques.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Un logiciel dédié à la gestion de la qualité est en place et disponible dans les différents services notamment pour la déclaration des événements indésirables et à terme pour la gestion documentaire qui était disponible sur l'Intranet au moment de la visite. Le dispositif de gestion opérationnel est en place et est connu des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des activités est assurée. La cellule de gestion des risques se réunit chaque semaine.

Un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés est en place. Il permet la réalisation de RMM, de REMED et de CREX piloté par la cellule de gestion des risques.

Cependant, l'appropriation des procédures de gestion de crise n'est pas évaluée régulièrement et par ailleurs une partie des médecins ne participe pas à la déclaration des événements indésirables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa démarche qualité sur la base d'outils identifiés. Il renseigne un ensemble d'indicateurs et réalise des bilans d'activités. Dans le cadre de la préparation de la nouvelle démarche de certification, il a notamment effectué un ensemble d'audits basés sur la méthode du patient traceur dans l'ensemble des services.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et les représentants des usagers est réalisée. L'hôpital met en œuvre annuellement l'enquête I-Satis.

Néanmoins, l'hôpital n'évalue pas son système de management de la qualité et de la sécurité des soins.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi du programme d'actions est assuré par la Commission Qualité et Gestion des Risques. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers soit au moyen de l'Intranet de l'établissement soit au moyen du journal d'information qui est largement diffusé auprès des professionnels de santé externes.

Le réajustement du programme et de la politique qualité et de gestion des risques est réalisé en fonction des évaluations menées et résultats obtenus. Le directoire et la CME valident notamment les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et les plans d'actions correspondants qui impactent le programme institutionnel.

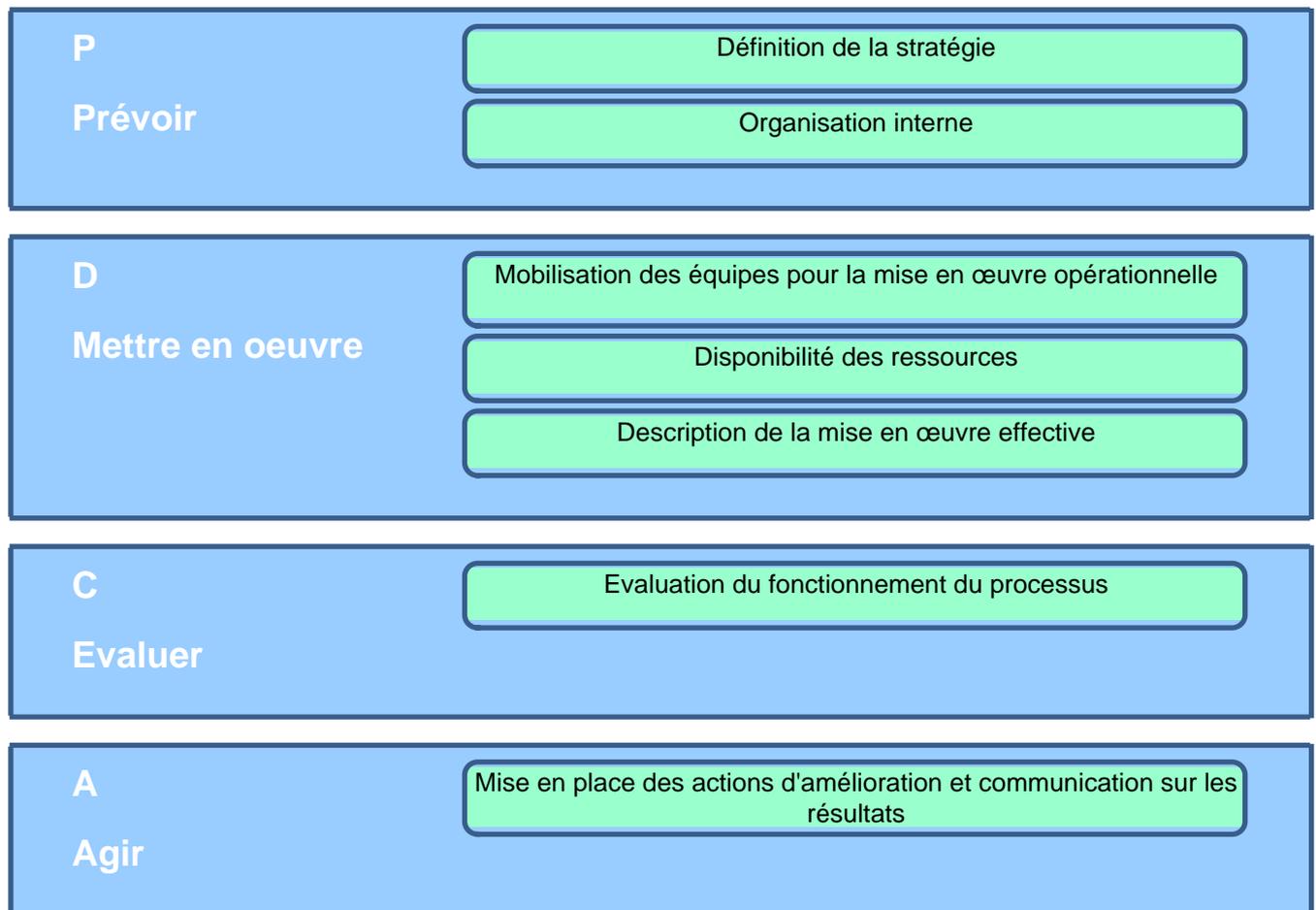
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>Une cartographie, s'appuyant sur les résultats des audits a été élaborée en 2012 avec les professionnels. Les objectifs des plans d'action, mis en regard des risques, ont permis la formalisation d'un programme pour les risques de criticité supérieure ou égale à 8 intégrés au compte qualité. Le programme du CLIN prend également en compte les objectifs nationaux et les observations issues des précédentes certifications. Le programme est présenté aux instances annuellement.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>Une organisation et des moyens adaptés sont définis, en concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, qui est, par ailleurs, présidente du CLIN et l'EOHH, pour permettre la maîtrise du risque infectieux.</p> <p>De plus, une procédure validée en 2013 formalise le lien et l'organisation entre l'EOHH, le CLIN et le Coordonnateur des risques.</p> <p>L'organisation permettant la mise en œuvre des conditions d'hygiène optimales des locaux, les missions, les responsables, les protocoles et le suivi sont formalisés avec l'EOHH.</p> <p>L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques en termes de moyens mobilisés, d'outils, d'objectifs et de dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est formalisée dans une procédure validée en 2015. Elle définit la collaboration entre l' EOHH, l'infectiologue, le Référent antibiothérapie, le microbiologiste et la pharmacie.</p> <p>Un macro processus intitulé "Maîtrise du risque infectieux" permet la visualisation de l'ensemble de cette organisation.</p> <p>Les représentants des usagers participent au CLIN.</p> <p>Cependant, les fiches de poste ne sont pas validées. Des documents ont été fournis sur les profils de poste des professionnels et des pilotes responsables du processus mais les fiches de postes ne sont pas finalisées.</p>

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Compte tenu de ses risques et de ses besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions centrés, en priorité, sur les risques non maîtrisés inscrits dans le compte qualité. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés avec l'appui d'un système de référents. Un référent est identifié par service et connu des professionnels.</p> <p>La maintenance curative et préventive est assurée sous la responsabilité du service, en collaboration avec l'EOHH.</p> <p>L'infirmière hygiéniste réalise de nombreuses interventions dans les services et s'assure de la conformité des pratiques, des audits sont réalisés sur ce processus, en lien avec les référents. Suite à cela, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.</p> <p>Toutefois, le retour des analyses des EI, sur le risque infectieux, auprès des professionnels n'est pas systématique.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>La formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques est organisée, une formation est en place pour les médecins 2 fois par an.</p> <p>La formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux et à la prévention du risque infectieux, est organisée et mise en place : les supports sont spécifiques en fonction des populations ciblées (IDE AS, ASH, Services techniques, Médecins).</p> <p>Au niveau du matériel, l'établissement dispose des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de son plan d'action.</p> <p>La gestion documentaire est disponible sur le site intranet de l'établissement. Les protocoles et procédures de prévention du risque infectieux sont rédigés et mis à disposition sur l'intranet.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les référents participent au relai des informations notamment au niveau des protocoles, des produits et des essais. Le personnel participe aux audits sous le pilotage de l'EOH. Les protocoles sur le risque infectieux sont connus des professionnels, les mesures d'isolement sont mises en place.</p>

La mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH est opérationnelle (planification d'audit sur l'année) : la traçabilité du bionettoyage est réalisée.

Le CLIN travaille en collaboration avec les services techniques pour les sujets relevant d'une compétence partagée. Les actions pour la promotion du bon usage des antibiotiques, le dispositif de surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est mis en œuvre. En 2014, un travail conséquent a permis de mettre en place un dispositif de maîtrise pour obtenir la traçabilité de la réévaluation entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure, dans le dossier patient informatisé et sur les prescriptions Antibiotiques papier pour les antibiotiques hors base informatisée.

Le personnel connaît le dispositif de déclaration des événements indésirables.

Toutefois, l'interface Unité de soins - EOH n'est pas systématique sur la maîtrise des BMR, en effet le recours à l'infirmière hygiéniste dans le cas de patients porteurs de BMR n'est pas systématique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué par le suivi du bilan LIN et la réalisation d'audits. Les évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs sont réalisées. Un tableau regroupe la planification annuelle des audits nationaux et internes, des formations, des réunions. Il a été formalisé depuis peu par la cellule qualité.

Toutefois, le dispositif de maîtrise du risque infectieux n'est pas évalué au bloc opératoire. En effet, Le CLIN rencontre une difficulté au niveau du bloc opératoire sur le signalement des ISO ce qui impacte les résultats de l'indicateur ICALISO.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats de certains audits : mise en place des "care bag " pour les patients faisant l'objet de précautions complémentaires, set à sondage vésical, fiches mémo au format poche pour le sondage urinaire et le cathéter veineux. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions.

Le gestionnaire des risques présente annuellement les résultats du CLIN dans le cadre de la CRUPEC.

Cependant, le suivi des actions d'amélioration n'est pas structuré. Il a été constaté que le suivi des actions manque de structuration, ce n'est qu'en fin d'année que les pilotes font le constat des actions qui n'ont pas pu être réalisées faute de temps ou d'organisation.

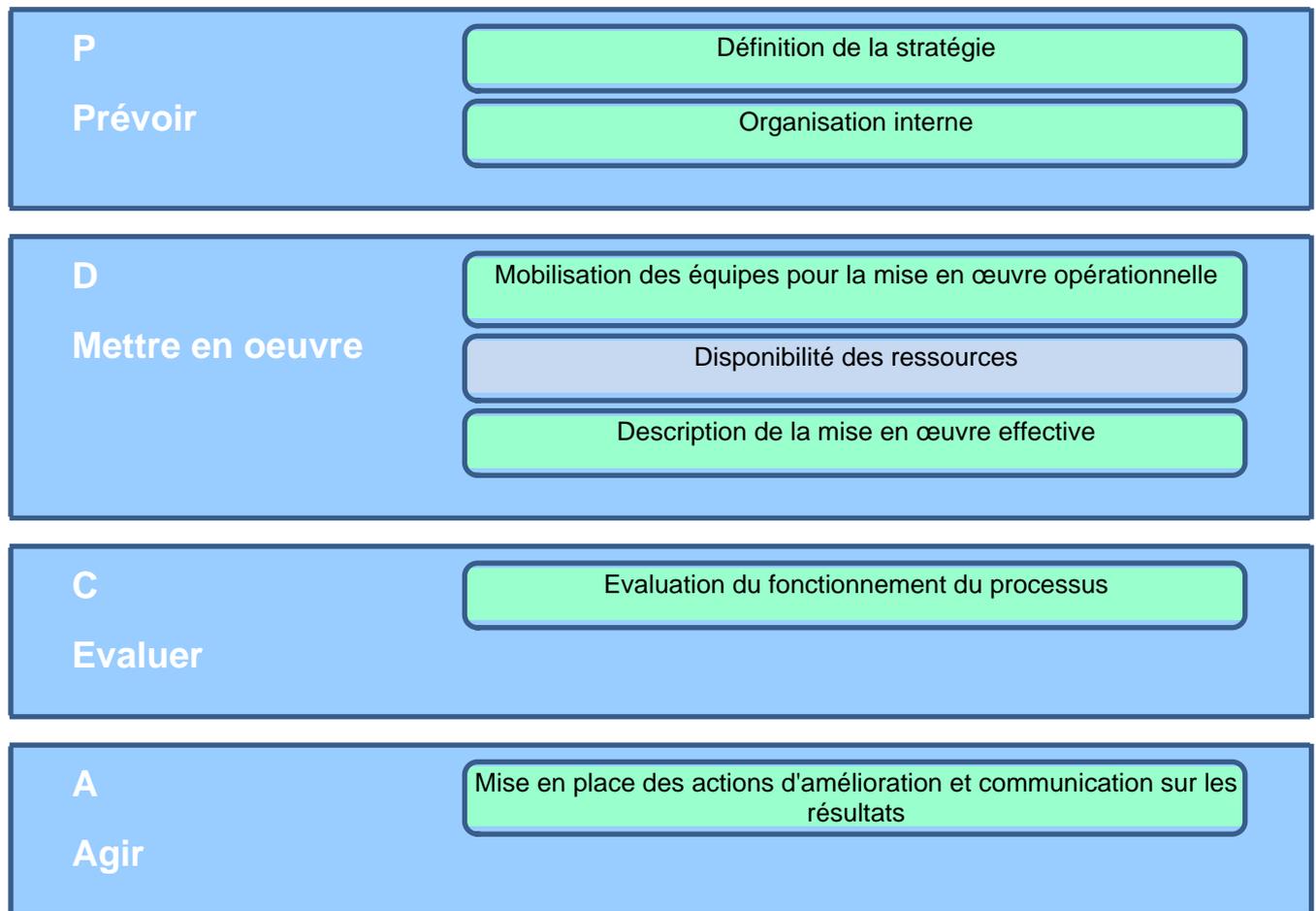
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par le Directoire et la CME, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Cependant, au moment de la visite, la démarche de formalisation du nouveau projet d'établissement était en cours de réalisation et en particulier le projet médical en voie de finalisation. Un document dit "politique des droits des patients" était validé mais ses orientations (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles) n'ont pas été définies en association avec la Commission des Relations avec les Usagers.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus relatif au respect des droits des patients. Les rôles et responsabilités sont identifiés ; le pilotage de cette thématique est assuré par la cadre supérieure du pôle Gériatrie et un groupe de travail est constitué.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Une organisation et des pratiques sont en place pour permettre le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Les projets de prise en charge, l'organisation mise en place, notamment pour sécuriser les déambulations des personnes désorientées et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles.

L'établissement a structuré son dispositif d'hospitalisation sans consentement (procédure, information et recherche d'adhésion des patients et formation des professionnels).

Une organisation est en place pour le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, pour celui du refus de soin.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des Relations avec les Usagers au moyen du livret d'accueil et du site Internet de l'établissement.

Toutefois, les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas définis formellement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) et font l'objet d'une validation par la Commission Qualité et Gestion des Risques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Pour ce qui concerne la formation, l'établissement déploie depuis une dizaine d'années 2 sessions annuelles de formation relatives à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bienveillance dans l'ensemble des services. Il a, par ailleurs, initié un cycle de formation sur l'humanité notamment à partir du pôle Gériatrie.

Des procédures relatives aux modalités de signalement des cas de maltraitance d'une part et d'autre part au dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins sont définies et diffusées. Elles sont disponibles sur l'Intranet de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions relatives à la prise en charge des patients est généralement assurée.

Des actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont mises en

œuvre notamment dans le cadre du déploiement du projet "Humanitude".
L'établissement veille au respect de la dignité et de l'intimité lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement ; des équipements sont disponibles pour faciliter ce dernier.
Les professionnels assurent un accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent.
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est recherchée.
Les restrictions de liberté ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. En effet, la prescription d'une contention au moyen des barrières de lit n'a pas été retrouvée dans le dossier du patient. De plus, la réévaluation d'une prescription médicale d'une mesure d'isolement n'a pas été retrouvée et les observations relatives à la surveillance infirmière étaient limitées aux seules indications du passage des professionnels auprès du patient.
Par ailleurs, le patient n'est pas informé, de façon explicite, de la possibilité de désigner une personne de confiance. Il a été constaté une discordance dans la désignation d'une personne de confiance entre le dossier papier d'une part, le dossier informatique d'autre part et ce que dit le patient (3 réponses différentes).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits et de la satisfaction du patient et de son entourage sur la base d'outils identifiés (questionnaires de sortie, enquête I-Satis). Des indicateurs sont renseignés et font l'objet d'un suivi ; des bilans d'activité sont réalisés. Par ailleurs, des évaluations de pratiques professionnelles ont été conduites sur les thèmes des contentions et de la bientraitance.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

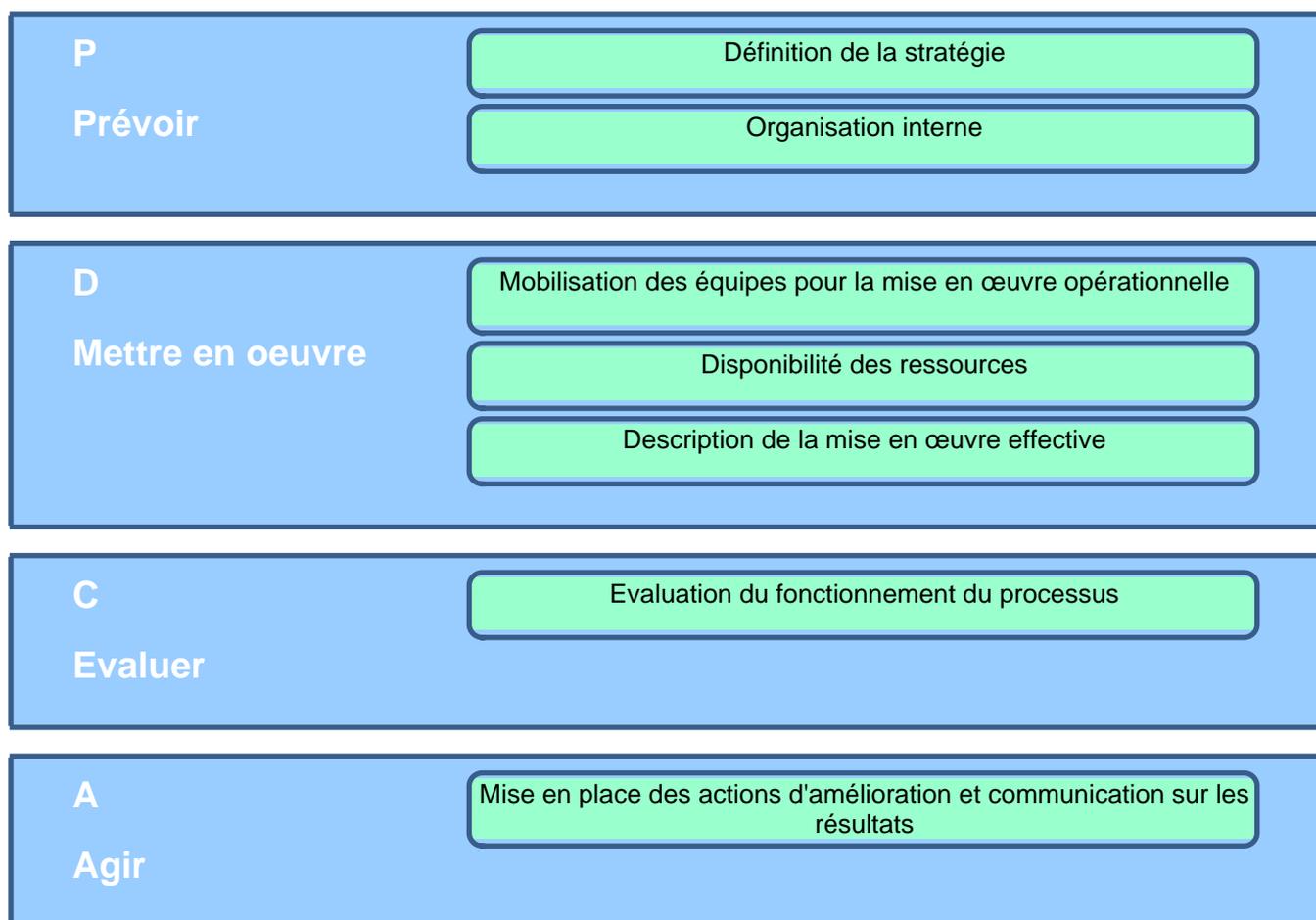
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'établissement a défini une stratégie relative à l'organisation des parcours de patients, celle-ci tient compte des besoins de la population définis dans le schéma de planification sanitaire et du contexte local de précarité. Les risques afférents à ces derniers ont été identifiés dans le compte qualité. Des actions d'amélioration ont été définies et incluses au sein de la démarche qualité institutionnelle. Le PAQSS comprend une thématique relative au parcours du patient.
ORGANISATION INTERNE
Le Comité technique Qualité Gestion des Risques de l'établissement est chargé du pilotage de la thématique "parcours de soins du patient". Il se réunit chaque semaine. Les rôles et responsabilités sont définis. Ils sont pris en compte dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Le dossier patient informatisé facilite la gestion des interfaces et la coordination des professionnels. L'établissement a mis en œuvre la méthode du patient traceur en tant que méthode d'amélioration continue de la qualité (16 parcours patients traceurs analysés).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Le management de chaque secteur d'activité est saisi des enjeux. Il organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés et sur les processus (actions de communication, informations régulières). Les prises en charge s'appuient sur des réunions pluriprofessionnelles. Des plans d'actions sont mis en œuvre par l'encadrement en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse de résultats des indicateurs). Les différentes étapes de la prise en charge sont prises en compte.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
L'organisation interne de l'hôpital assure l'adéquation des ressources et notamment des compétences qualitatives et quantitatives aux besoins des populations prises en charge. Des équipes et des compétences transversales sont en place : référente "humanité", équipe de soins palliatifs, équipe "plaies et cicatrisation". Le système de garde et astreinte permet d'assurer la permanence des soins 24h/24h. Les avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur. Les procédures et documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour au sein des unités de soins. Le dossier patient informatisé est adapté aux besoins des prises en charges et du parcours de soins.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. L'évaluation initiale et l'identification des besoins est assurée. Les patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés. L'établissement a déposé un programme d'éducation thérapeutique pour la "Prise en charge du patient obèse". Toutefois, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient à l'admission ; il a été constaté que le poids, la taille et l'IMC n'étaient pas renseignés dans le dossier du patient traceur. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est opérationnel. Le projet de soins est tracé dans les dossiers, la réflexion bénéfique/risque est retrouvée. La prise en charge des personnes appartenant aux populations spécifiques est organisée (personnes âgées, maladies chroniques, personnes handicapées, personnes démunies, enfants et adolescents). L'établissement est engagé dans l'expérimentation PAERPA (démarche de conciliation médicamenteuse pour les Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie). La prise en charge somatique en santé mentale est organisée et tracée. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation est effective dans les projets de prise en charge. L'organisation de la

sortie des patients permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Par ailleurs, il a été constaté que l'identification des patients à risque suicidaire n'est généralement pas réalisée au sein des différents secteurs d'activité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation de la thématique "Parcours patient" par la mise en œuvre de la méthode du patient traceur, le suivi des indicateurs, l'analyse des événements indésirables ainsi que les questionnaires de satisfaction.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel comme en témoigne la récente mise en place de la synthèse d'entrée commune aux différents services. Les services ont récemment actualisés leur procédure d'accueil.

Le Projet de vie a également récemment été formalisé au niveau de la filière gériatrique.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

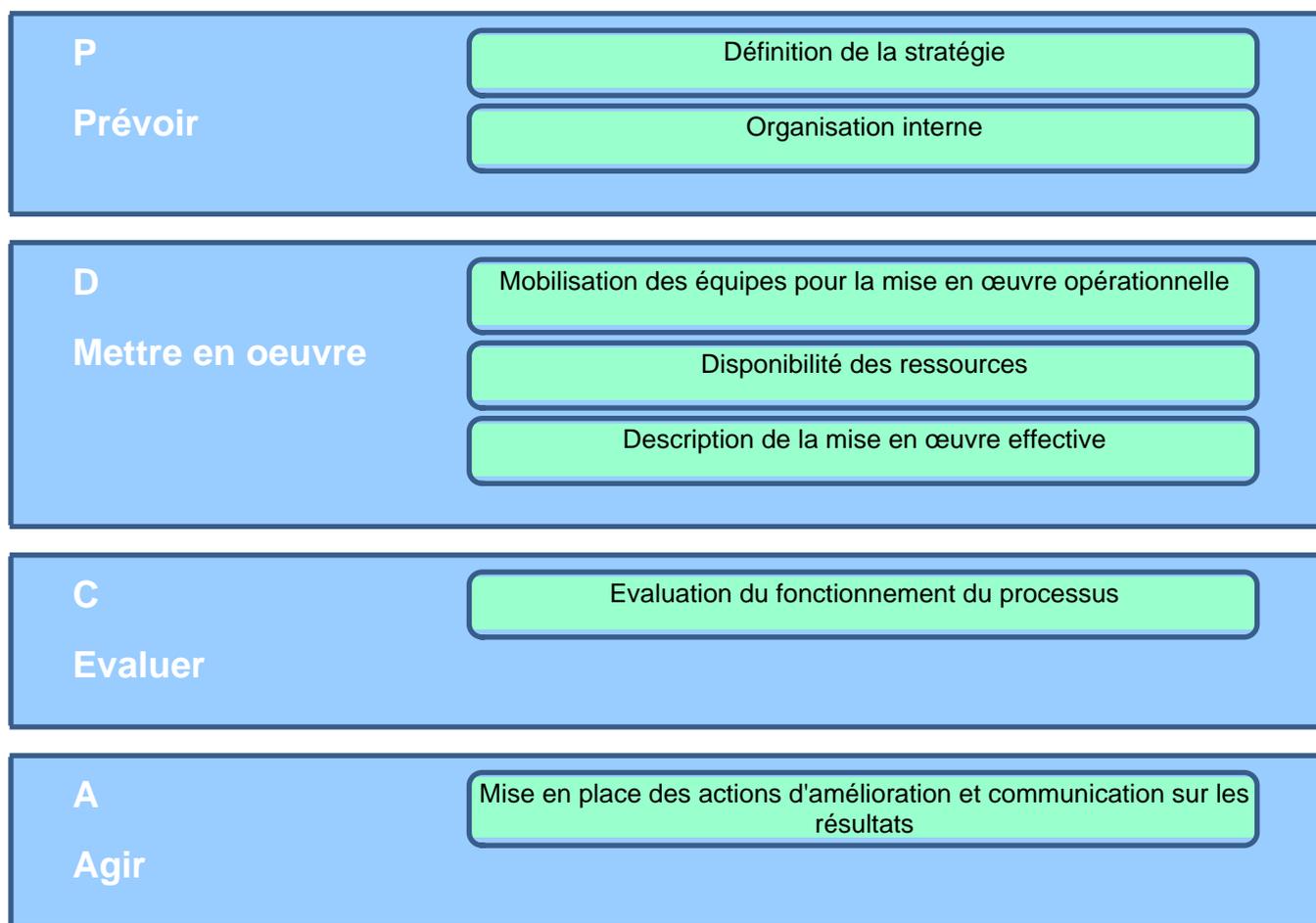
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient de l'établissement est formalisée. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Celui-ci a été construit en tenant compte des données du CQ (risques et actions d'améliorations). Il est structuré selon les thématiques du CQ. Pour chaque action du PAQSS est indiqué le lien avec le risque qui lui correspond dans le CQ.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place le groupe de suivi du projet dossier patient. Il permet un pilotage régulier avec la participation des responsables des différents secteurs d'activité. L'accès au dossier est organisé ainsi que l'information du patient quant à ses droits (admissions, livret d'accueil).

Au regard des besoins et des risques identifiés les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) sont disponibles.

Les règles de gestion du dossier sont formalisées et diffusées (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage etc...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité est saisi des enjeux. Compte tenu de l'analyse des risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Une sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur secteur est réalisée.

Le suivi des indicateurs dossier patient par service permet au management de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.)

Les professionnels sont informés de la politique et des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels en poste, les nouveaux arrivants sont formés par les référents dossier informatique. Les référents disposent des ressources et documents utiles. La documentation est mise à jour et accessible aux professionnels. Le dossier informatisé permet l'accès aux informations en temps utile. Le nombre de postes informatiques apparait suffisant au regard du nombre de professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management du dossier patient. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge est assurée. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile. L'accès au dossier est assuré dans les délais définis par la règlementation.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le groupe projet dossier patient assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de gestion du dossier patient. Cette évaluation s'appuie sur l'évaluation des délais de transmission du dossier patient, sur le suivi des IPAQSS, sur les indicateurs de l'établissement ainsi que sur les indicateurs "Hôpital numérique" et les 16 parcours patients traceurs réalisés.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La politique du dossier patient est réajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi des plans d'action associés. L'établissement a récemment mis en place la synthèse d'entrée commune aux différents services ainsi que la maquette du projet de vie pour la filière gériatrique. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés.

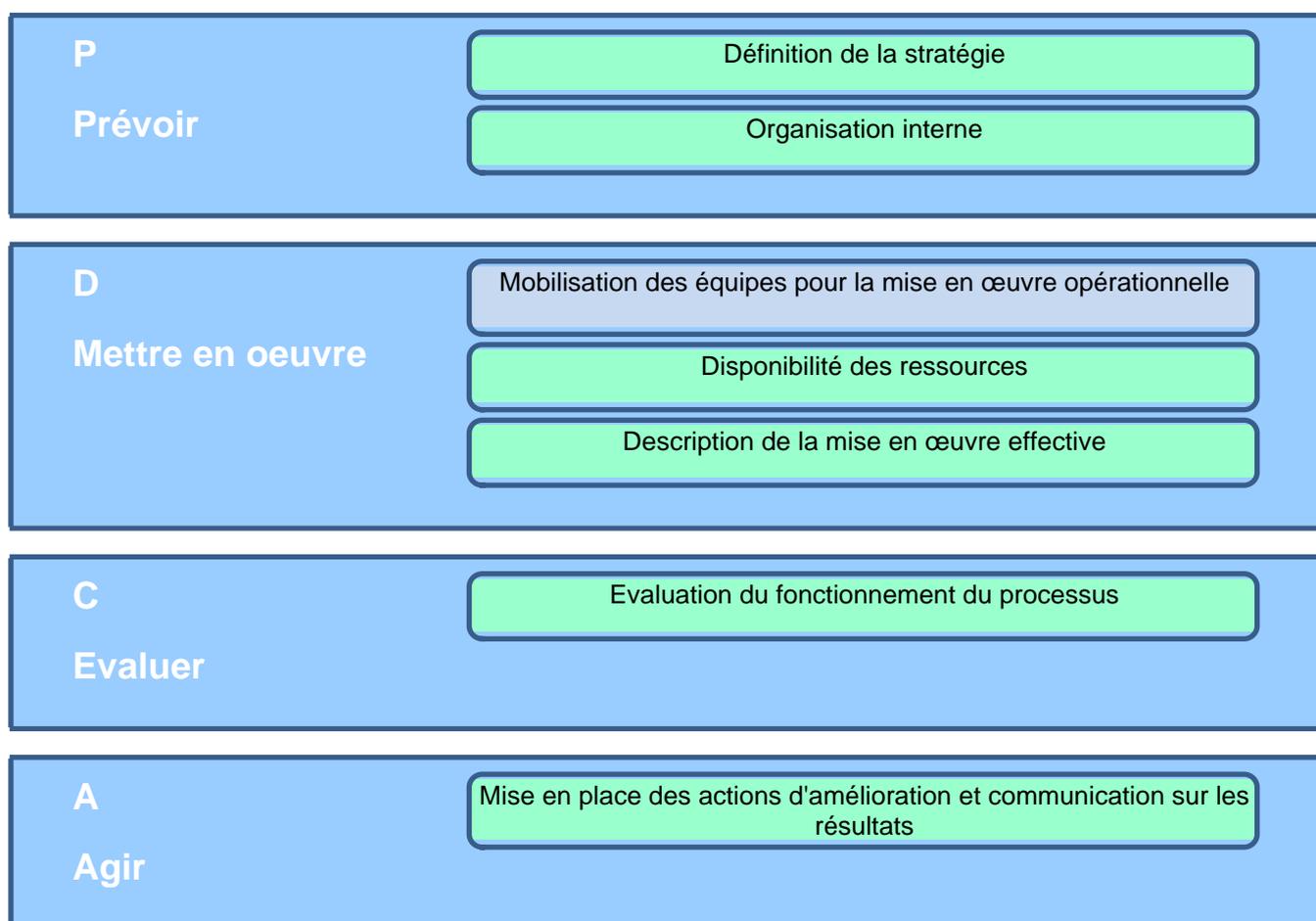
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une politique sur la prise en charge médicamenteuse actualisée en 2015 et validée. Elle précise les orientations retenues, les risques liés au processus et les indicateurs notamment sur le bon usage des antibiotiques. La politique intègre des dispositions spécifiques pour la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé : l'établissement est site pilote dans le projet PAERPA "conciliation médicamenteuse du sujet âgé". L'établissement a réalisé sa cartographie des risques depuis 2012 ; elle a été réactualisée en 2014. Les risques majeurs, supérieurs à une criticité 8 sont intégrés dans le compte qualité. Un plan d'action, présenté aux instances, est formalisé et mis en œuvre au niveau institutionnel. Il est complété par une analyse des risques " interdiag" réalisée au niveau de chaque service.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un pharmacien est nommé RSMQ depuis 2012, il travaille en collaboration avec un cadre qui coordonne les actions du plan d'action avec les services de soins. Les rôles et responsabilités de chacun sont formalisés dans un règlement de fonctionnement. Les fiches de postes et l'organigramme sont disponibles.

Des binômes référents PUI-Unités de soins sont nommés dans chaque pôle.

La répartition des rôles est identifiée en termes de pilotage entre les pharmaciens (RMM, suivi du compte qualité, projet de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, Retex, erreur médicamenteuse, DMI).

Au regard des besoins en termes de ressources humaines, la PUI a établi son projet de GPEC pour la fin 2015.

L'identification des besoins est recensée (postes de préparateurs, aide préparateurs, secrétariat, pharmacien).

L'informatisation du circuit du médicament est complète et concerne l'ensemble des services à l'exception de la SSPI. Un logiciel est installé sur l'établissement pour permettre le signalement des événements indésirables. Il inclut un espace dédié au signalement des erreurs médicamenteuses. La gestion documentaire est informatisée, la mise à disposition de "classeurs Pharmacie" dans les unités de soins, complète le dispositif.

Au regard des risques identifiés, un programme de formation institutionnel est validé par le directoire depuis 2013. Les axes prioritaires ciblent les "never events", les médicaments à risques et les erreurs médicamenteuses.

La permanence pharmaceutique est organisée et permet de répondre aux besoins urgents, un système d'astreinte est en place.

L'établissement s'est par ailleurs inscrit dans le projet PAERPA pour la conciliation médicamenteuse de la personne âgée et le projet PSIP en collaboration avec le CHU de Lille. Il s'agit de mettre à disposition des prescripteurs une base de donnée statistique (Evènements indésirables/ Causes) qui facilite la pertinence des prescriptions médicales.

La gestion des interfaces est organisée et formalisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité : des contrats sont mis en place entre la pharmacie et les unités de soins.

Des points d'information sont régulièrement faits par le coordonnateur de la gestion des risques aux instances et dans les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, chaque secteur décline la mise en œuvre de la démarche institutionnelle. Cette organisation s'appuie sur l'encadrement des unités de soins d'une part et sur le binôme RSMQ - cadre de la pharmacie d'autre part.

Les binômes IDE-Préparateur en pharmacie constituent un relai opérationnel pour la diffusion des informations et l'amélioration des pratiques.

La traçabilité de la diffusion des documents d'information et des protocoles est faite dans chaque service par les cadres qui, par ailleurs, s'assurent de leur bonne mise en œuvre. Si besoin, des actions correctives sont identifiées, mises en œuvre et suivies.

Le suivi des indicateurs est réalisé par la pharmacie et les résultats sont communiqués aux équipes.

Des actions de sensibilisation et de formation régulières sont réalisées par le pharmacien dans le cadre de la lutte contre le risque de iatrogénie médicamenteuse, les fiches de bon usage des médicaments à risque, le traitement personnel du patient, les erreurs médicamenteuses.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires (protocoles, procédures) sont accessibles via internet, des fiches de bon

usage des médicaments ont été élaborées (antibiotiques, nouvelles molécules, AVK). La permanence pharmaceutique est assurée; il existe des services relais pour les approvisionnements en antibiotiques, les stupéfiants.

Les compétences humaines sont identifiées et mobilisables pour les missions qui lui incombent notamment URC, DMI... Le plan de formation est mis en œuvre, les médecins, les nouveaux arrivants, le personnel infirmier, les référents en bénéficient. Les sujets abordés sont ciblés sur les erreurs médicamenteuses en priorité.

Les équipements sont disponibles et opérationnels, notamment pour assurer le transport, le stockage des médicaments dans des conditions de sécurité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne sur le processus. Les contrats PUI- Unité de soin précisent l'ensemble des prestations et les modalités de leur mise en œuvre.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients incluant le traitement personnel est réalisée et facilitée par l'informatisation du circuit du médicament. Toutes les ordonnances dont les stupéfiants et les ATB sont analysées par le pharmacien via le logiciel institutionnel.

Pour les personnes âgées, la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre depuis janvier 2015 (projet PAERPA) : ainsi sur l'ensemble des secteurs, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie, transferts inclus est assurée. Les patients sortent avec leur ordonnance. Le recours aux dotations et à l'astreinte en dernier recours permet d'assurer la continuité en cas de défaillance lors des transferts en interne.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est réalisée, celle-ci est tracée dans le dossier du patient. Des supports d'information sont disponibles et remis au patient.

Les règles d'administration des médicaments sont respectées. La traçabilité de l'administration est réalisée directement dans le logiciel institutionnel par le personnel infirmier qui signe en temps réel la prise des médicaments par le patient.

Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid etc.) sont opérationnelles. Des logos spécifiques signalent les médicaments à risque dans les armoires à pharmacie (gommette de couleur), la liste des médicaments à risque est disponible dans l'Intranet et dans les armoires.

Les bonnes pratiques en matière de préparation (notamment des anticancéreux) sont respectées. Les procédures sont connues.

Toutefois, les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre. Il a été constaté que, dans les services de chirurgie, certaines prescriptions médicamenteuses sont réalisées et validées par les infirmières en utilisant le code informatique de quelques praticiens à la demande de ces derniers. Cette pratique est connue de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi est organisé : il existe un tableau de bord des indicateurs dans le cadre du CBU et celui de la qualité gestion des risques.

Des EPP sont réalisées dans les services de soins (préparation et administration des médicaments, respect des bonnes pratiques en chimiothérapies, pertinence de la prescription des carbapénèmes, réévaluation de l'antibiothérapie...).

Des audits sont réalisés par la pharmacie dans les services de soins (armoire à pharmacie, chariots d'urgence, organisation du circuit du médicament).

La réalisation de 16 patients traceurs a permis d'améliorer les pratiques au niveau de la disponibilité des informations nécessaires à la formalisation de l'ordonnance de sortie dans les délais compatibles avec une continuité de prise en charge de qualité.

Le recueil des erreurs médicamenteuses et le suivi des événements indésirables font l'objet d'analyse avec la plupart des personnes concernées sous forme de REMED, de RMM. En effet, cette analyse n'est pas réalisée de manière systématique avec les praticiens concernés. Il est ressorti la difficulté d'organiser l'analyse des erreurs médicamenteuses ou la mise en place des RMM avec certains praticiens. C'est notamment le cas du secteur d'oncologie.

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

Des actions d'amélioration sont réalisées : harmonisation de la gestion du traitement personnel du patient, mise en place des contrats PUI-Unité de soin, développement de la pharmacie clinique depuis la mise en œuvre du projet PAERPA, amélioration de la pertinence des prescription depuis la mise en place du projet PSIP. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication sur les résultats obtenus se réalise, en interne, auprès de la commission qualité gestion des risques et des instances (notamment de la CRUPEC) mais aussi, en externe, à destination du public et des professionnels (journal interne, affichage, publications).

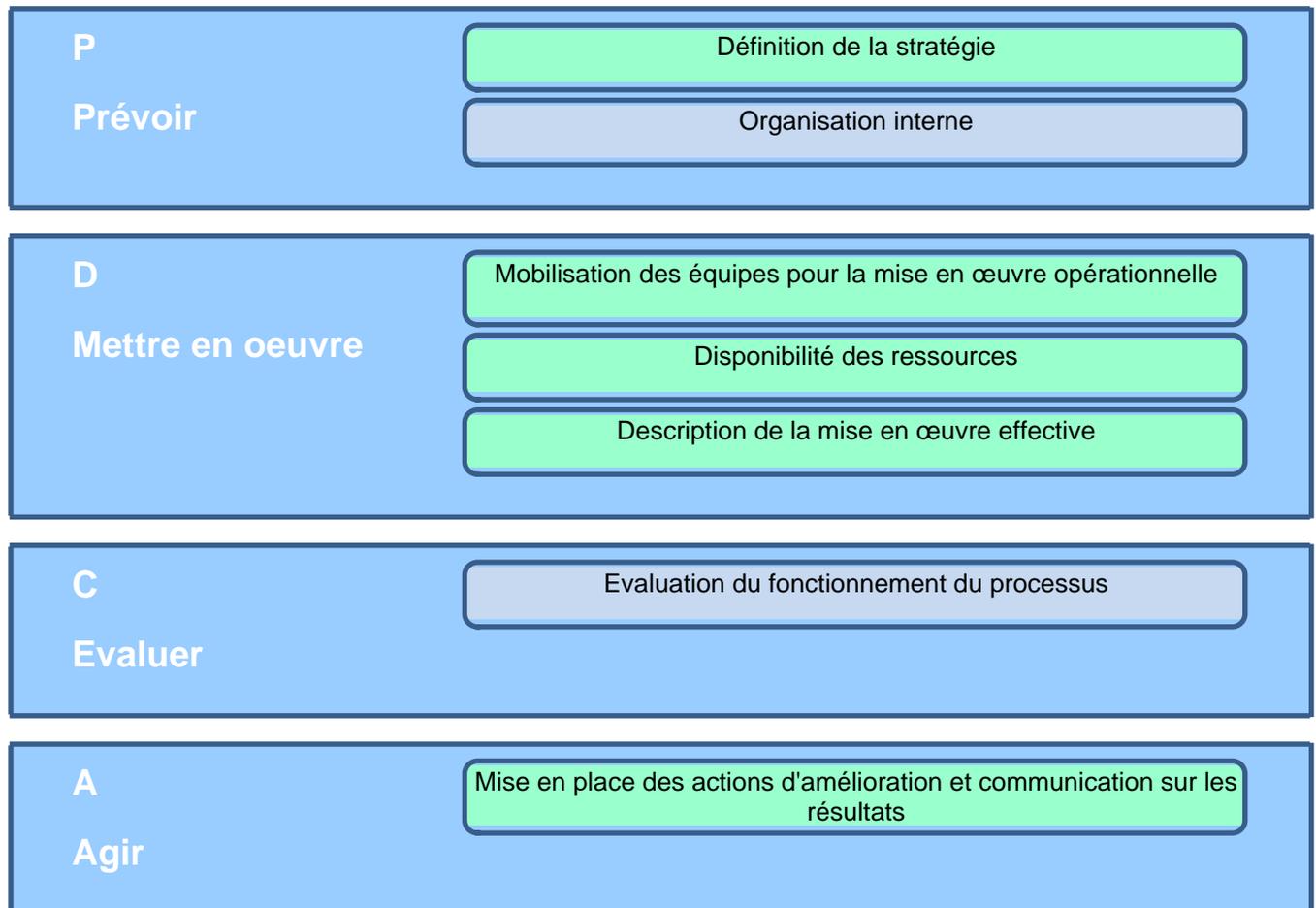
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des Urgences assure, 24h/24, l'accueil et la prise en charge des malades, des blessés et accidentés. Il possède une salle d'accueil des Urgences Vitales (SAUV) et comprend plusieurs secteurs de soins adaptés aux besoins des populations spécifiques accueillies, la zone de prise en charge pédiatrique est individualisée. De plus, le service assure également une consultation de suite de soins sur rendez-vous. L'identification des différents secteurs de prise en charge des urgences est formalisée dans une procédure d'organisation générale intitulée « Processus de prise en soins des patients, des enfants et de leurs familles aux urgences ».

Le service dispose d'une unité de 6 lits d'hospitalisation de courte durée permettant de soigner les patients pour une durée d'hospitalisation inférieure à 48 heures.

L'autorisation d'exercer la médecine d'urgence pour une durée de 5 ans a été renouvelée depuis le 1er mars 2014. Les conventions avec le Centre hospitalier de Valenciennes sont formalisées sur plusieurs filières (réanimation, transferts, neurologie et neuro-chirurgie, pédiatrie et stomatologie). Pour les personnes démunies, une convention est passée avec la ligue « Urgence Précarité ».

Les besoins spécifiques de l'établissement, au regard de ses missions et orientations, ont été identifiés notamment via l'analyse des risques du processus, réalisée avec les professionnels. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. Ils font l'objet d'un plan d'action, présenté aux instances, avec des pilotes, des délais et les modalités de suivi.

La définition d'un pilotage institutionnel est opérationnelle depuis la mise en place des pôles et la désignation de ses responsables.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés, est formalisée et opérationnelle avec tous les acteurs du territoire de santé. Des arbres décisionnels formalisés permettent une aide à la prise de décision et d'orientation. Au delà du recours aux avis spécialisés médicaux, un ensemble de personnes ressources peuvent être sollicités en fonction des besoins (plaies et cicatrisation, psychiatrie, gériatrie...). Ainsi, par exemple les professionnels de l'antenne d'alcoologie interviennent dans le cadre d'un partenariat formalisé sur un temps dédié.

Les pilotes du processus sont identifiés et leurs missions sont définies. La commission des urgences et des soins non programmés fonctionne depuis le mois de février 2015. Des fiches de postes sont formalisées pour le personnel administratif, soignant et pour l'encadrement.

Les ressources humaines sont identifiées en adéquation avec les besoins et les objectifs : les tableaux des astreintes administratives et médicales sont affichés. Le plan de formation s'appuie sur les besoins résultant du projet de service et de l'analyse des événements indésirables : ainsi les actions prioritaires sont identifiées (gestion de l'agressivité, accueil et orientation, AFGSU).

Les ressources matérielles nécessaires au bon fonctionnement du service sont identifiées. La maintenance curative et préventive est organisée, les circuits des déchets a été réorganisé (action prévue dans le PAQ suite à l'analyse des risques). La configuration des locaux prend en compte les besoins et les risques en termes de sécurité, de surveillance, de circulation ... le service de radiologie jouxte le service des urgences.

Le dossier patient informatisé est le même que celui du centre hospitalier, la recherche d'information sur les séjours antérieurs est facilitée.

Le recours à une offre spécifique de prise en charge en urgence directement dans les unités est organisé et formalisé sur le secteur de la maternité et sur celui de l'unité mobile ambulatoire où les transfusions en urgence chez les patients connus peuvent être réalisées.

L'accès au PASS est organisé, une assistante sociale à temps partiel est dédiée à cette mission tout au long de l'année. La mise en place d'une fiche navette sociale permet un repérage rapide et une évaluation argumentée de la pertinence des demandes.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des réunions de services sont organisées deux fois par an (les comptes rendus sont envoyés à la direction des soins).

Le chef de service organise des réunions régulières avec l'ensemble des médecins. Au delà de

l'organisation des gardes, ces réunions sont consacrées à la transmission des informations institutionnelles, des projets en cours, des problèmes rencontrés et des améliorations à apporter.

Le personnel signale les événements indésirables, leur recueil est organisé et l'analyse des événements est réalisée en leur présence. Le personnel est associé également aux RMM et au EPP en cours dans le service. Les retours d'expérience font l'objet de réunions d'équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en matériel et en gestion documentaires sont disponibles et mobilisées. La continuité médicale a été réajustée suite à une RMM réalisée en avril 2013 et une nouvelle organisation est en place.

Tous les professionnels ont accès à la gestion documentaire informatisée ; les procédures sont présentées au personnel. Des documents sont mis à disposition des patients et des familles.

Les axes prioritaires du plan de formation sont mis en œuvre : la formation à l'accueil et à l'orientation est réalisée. A ce jour, 4 infirmiers sont formés, dont 2 sur la prise en charge des enfants. Deux années d'ancienneté dans le service sont nécessaires pour être positionné sur le poste d'IAO. Dans l'attente des formations, une information et une sensibilisation est réalisée par les cadres pour réaliser cette mission. 75 % du personnel est formé à l'AGFSU.

L'organisation des locaux permet un accueil garantissant la confidentialité et le respect des flux en regard des filières. Une salle d'attente est aménagée et réservée à l'accueil des enfants. Les salles pour le traitement de l'urgence vitale sont centrales et facilement accessibles. L'ensemble des locaux est accessible aux personnes handicapées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et para médicaux sont respectés, ils sont affichés et connus.

La mise en place des circuits est effective.

Le secteur d'activité met en œuvre des organisations pour le fonctionnement et le management internes. Les procédures sont connues. Les circuits de prise en charge sont adaptés en fonction de la gravité de l'urgence. Les interfaces entre secteurs d'aval et d'amont sont opérationnelles. La traçabilité des actes est assurée sur le dossier patient informatisé.

Les procédures de vérification de l'identité sont mises en œuvre (vérification des pièces d'identité, pose de bracelet).

Une organisation permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation. Trois fois par jour un point est fait par le cadre du service.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence. Pour cela, il dispose d'un tableau de bord de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur l'activité et l'efficacité (temps d'attente, faute de place, transferts, réorientation, violence, sortie contre avis médical, parti avant la fin des soins...). Le chef de service en analyse régulièrement les résultats.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont opérationnels.

Les cadres du secteur des urgences tiennent, par ailleurs, un tableau de bord permettant un suivi d'indicateurs sur la qualité de la prise en charge (suivi de la douleur, dépistage de la dénutrition, des escarres).

L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus, notamment grâce au suivi des indicateurs ou aux résultats d'évaluations. La réalisation de patients traceurs sous forme d'EPP a permis, par exemple, l'amélioration des fiches d'observation et de synthèses médicales dans le dossier patient informatisé. Ainsi les courriers de sortie sont donnés au patient en temps réel. Par ailleurs, le point fait au moment de la visite avec les pilotes, sur l'avancée du PAQ montre que 80% des actions programmées sur le compte qualité sont réalisées en cohérence avec la planification prévisionnelle.

La communication des résultats est organisée, les cadres sont un vecteur important de communication auprès des équipes. Le chef de service fait état des résultats lors des réunions de la commission ou lors des réunions organisées avec les médecins intervenant dans le service.

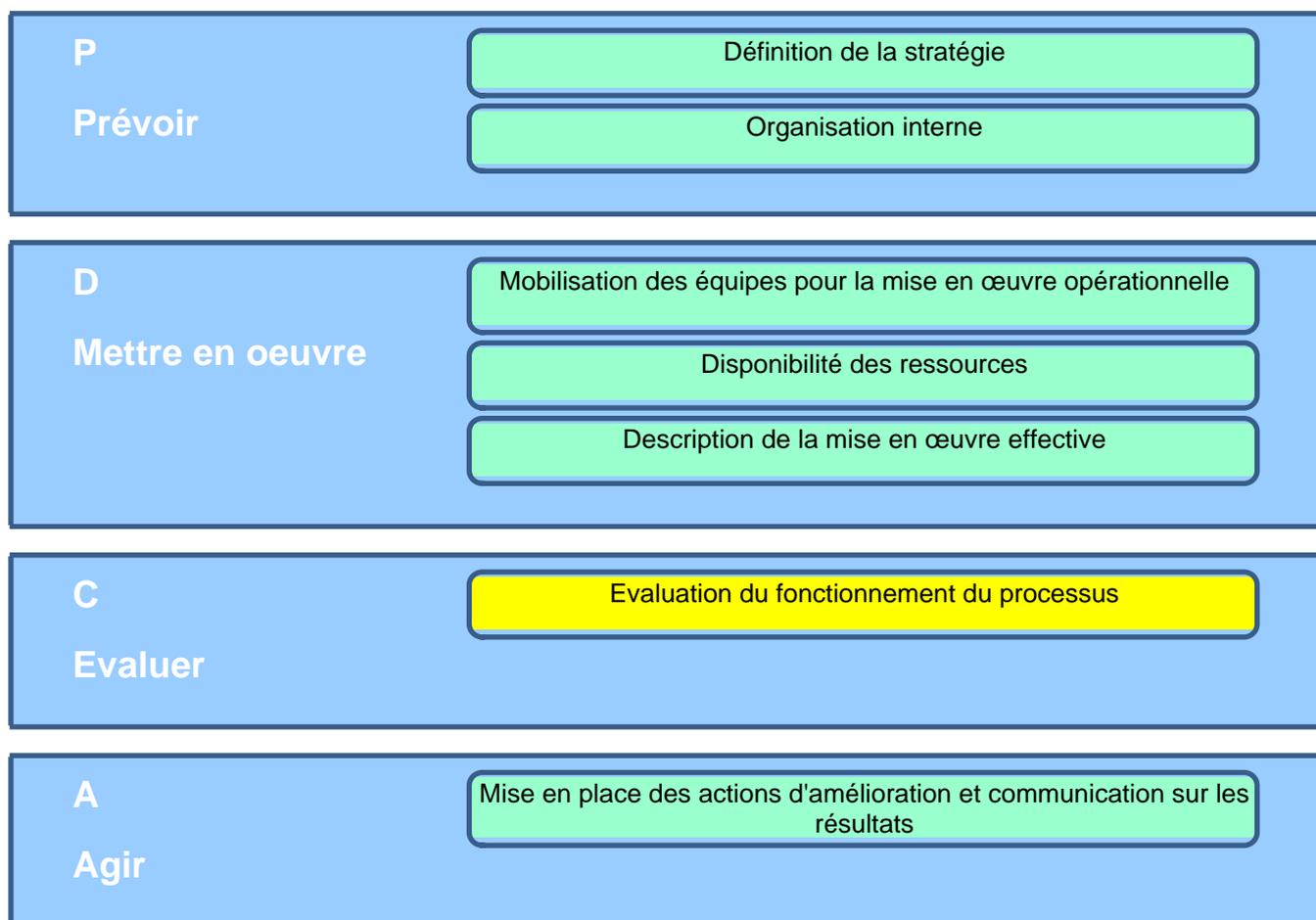
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire, situé au sous sol de l'établissement, comprend 6 salles, dans lesquelles est réparti l'ensemble de l'activité, avec des "préférences" par salle: chirurgie ORL, orthopédie, digestive, uro-gynéco,.... La SSPI comprend 10 places.

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques de l'établissement. En particulier, c'est dans ce cadre que l'intégration des chirurgiens libéraux, de la clinique voisine qui a été fermée, a été réalisée. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Ce dernier a été construit en tenant compte des données du CQ (risques et actions d'améliorations). Il est structuré selon les thématiques du CQ. Pour chaque action du PAQSS est indiqué le lien avec le risque qui lui correspond dans le CQ.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le bloc opératoire. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels (hospitaliers temps plein, temps partiels, libéraux) et entre secteurs d'activité (service - bloc, bloc - SSPI, SSPI - services,...). L'ensemble du processus est repris dans la charte du bloc et géré par le conseil de bloc.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du bloc organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Le management s'assure du respect de la programmation et également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (actualisées), matériel (suivi et maintenu) et documentation accessible et actualisée, sont disponibles dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le bloc opératoire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La documentation est connue. La traçabilité est assurée avec la check-list de sécurité du patient et la gestion informatique des DM et DMI. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures pertinentes.

Le programme du bloc est validé de façon hebdomadaire, en dehors des actes plus urgents, et transmis aux services concernés. En cas d'urgence, le programme est revalidé entre les praticiens concernés et le cadre du bloc. Les observations issues des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs quantitatifs (activité) mais le suivi d'indicateurs qualitatifs n'est pas réalisé. En effet, les événements indésirables ne sont pas déclarés au niveau du bloc opératoire, ils ne peuvent donc pas être analysés. De plus, le signalement des ISO est inconstant.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées au programme d'actions institutionnel. Une communication interne et externe est assurée par le biais du journal de l'hôpital (Inf'hop).

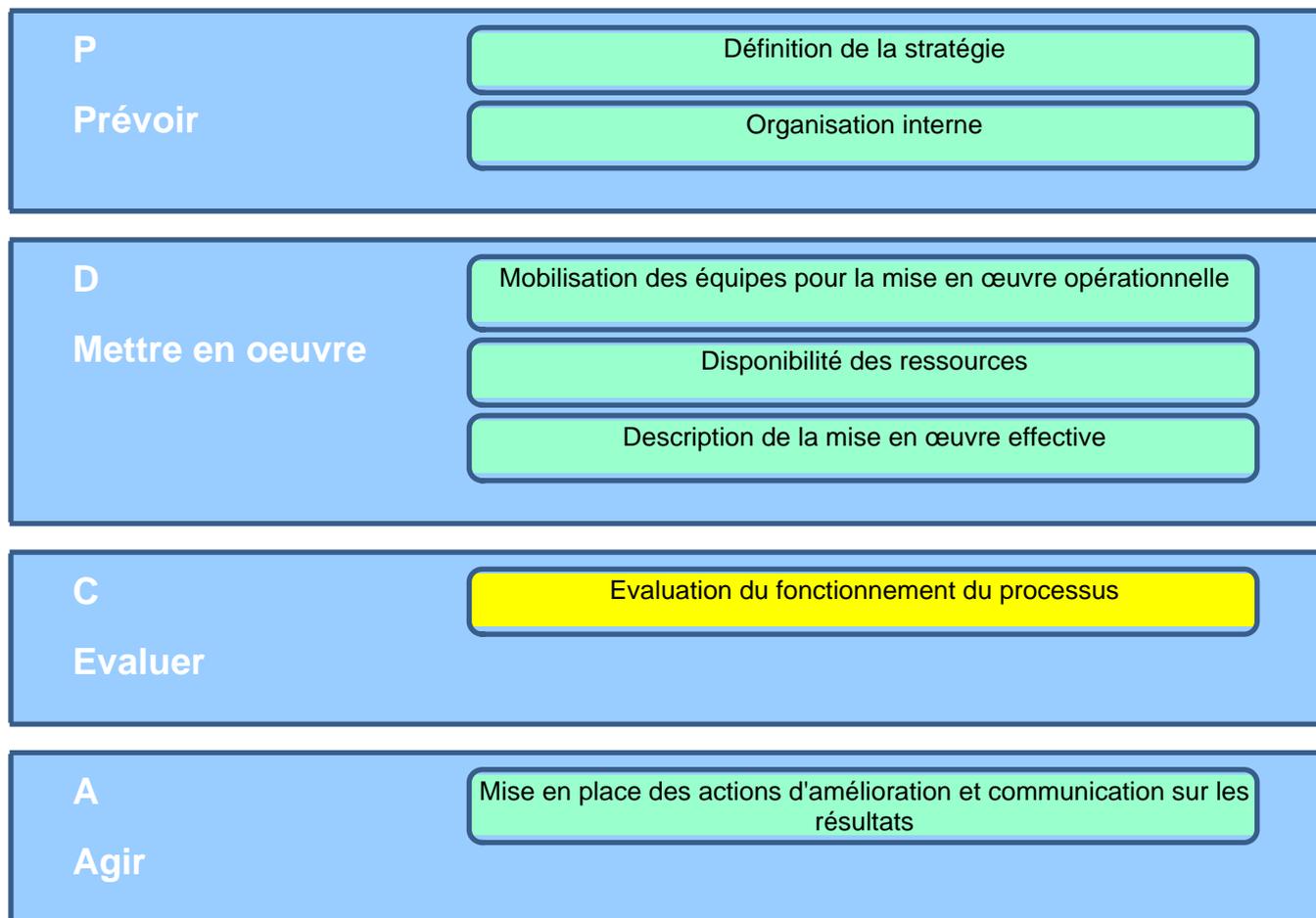
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur interventionnel est inclus dans le secteur global d'imagerie, commun à l'hôpital et à deux cabinets de radiologues libéraux.

Les actes réalisés, par cette unité mixte commune au Centre Hospitalier et à deux cabinets de radiologie libéraux, sont des arthrographies, presque uniquement de l'épaule et des ponctions (ou quelquefois des ponctions biopsies), le plus souvent sous échographie et rarement sous scanner, majoritairement à visée évacuatrice.

C'est une analyse des besoins qui a amené à la création de cette unité. Cette analyse, validée par les instances concernées, et les audits internes de l'établissement, donne lieu à un programme d'actions formalisé.

L'analyse des risques spécifiques au secteur interventionnel est incluse dans l'analyse globale du secteur.

Le PAQSS a été construit en tenant compte des données du CQ (risques et actions d'améliorations). Il est structuré selon les thématiques du CQ. Pour chaque action du PAQSS est indiqué le lien avec le risque qui lui correspond dans le CQ.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le secteur d'imagerie interventionnelle. Le fonctionnement du service est sous la responsabilité des médecins radiologues et du cadre d'imagerie.

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

L'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. La gestion des relations avec les services et les médecins libéraux est organisée pour faciliter la coopération entre professionnels hospitaliers et libéraux et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur d'imagerie interventionnelle organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'action opérationnels dont les professionnels se sont appropriés les enjeux. Il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés, y compris a priori (notamment radiologique et infectieux).

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures, protocoles, et bonnes pratiques professionnelles exigibles. Le cas échéant, des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en professionnels formés, matérielles et documentaires (accessibles, actualisées et connues) sont disponibles dans le secteur d'imagerie interventionnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'imagerie, incluant l'imagerie interventionnelle, met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, incluant la régulation des activités.

Les interfaces entre secteurs, y compris avec les cabinets libéraux, sont opérationnelles, avec un travail en équipe efficient.

La dosimétrie est assurée de façon active (dosimètre opérationnel) et passive (film dosimètre) pour les MERM et les médecins radiologues.

La traçabilité est assurée, incluant les vérifications, maintenances, contrôles internes et externes,....et partagée grâce à l'informatisation totale du secteur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement une analyse de l'activité à partir d'indicateurs quantitatifs simples, comme le nombre d'actes essentiellement, mais il n'y a pas de réel suivi d'indicateurs qualitatifs. Les évènements indésirables sont sous déclarés dans le secteur en raison d'un manque d'acculturation.

A / AGIR

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

Des actions correctives ont été mises en place suite à la déclaration des quelques évènements indésirables (ex : formalisation récente des règles de planning pour les secrétaires).

Les actions ne relèvent pas toutes d'un dispositif institutionnel structuré. En effet, les actions d'amélioration mises en œuvre sont partiellement intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication des résultats est réalisée via les comptes rendus de réunion de service et l'affichage automatique de certains documents.

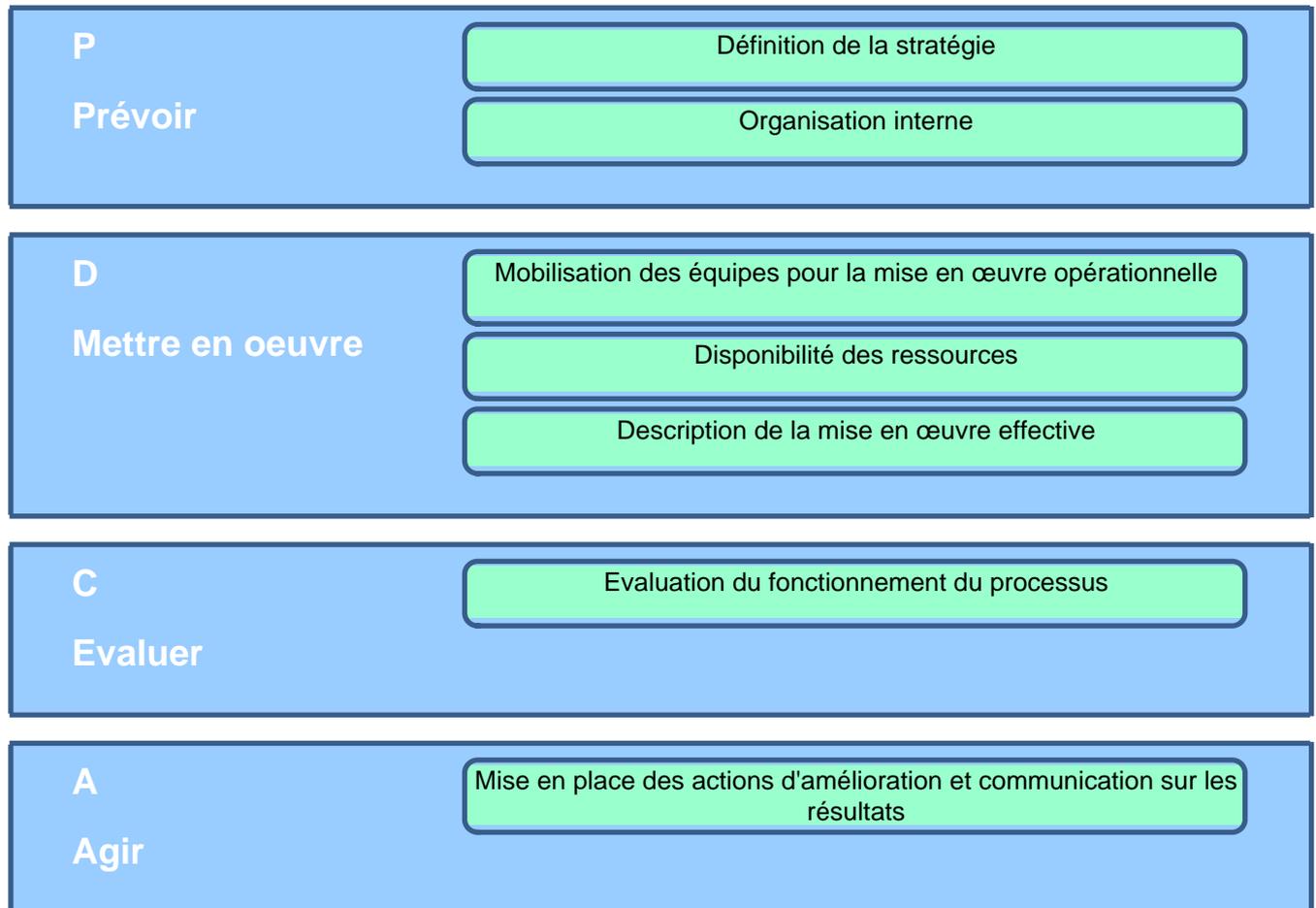
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement réalisée en 2013 et réactualisée en 2014 sont formalisés. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Ce dernier a été construit en tenant compte des données du CQ (risques et actions d'améliorations). Il est structuré selon les thématiques du CQ. Pour chaque action du PAQSS est indiqué le lien avec le risque qui lui correspond dans le CQ. L'établissement s'est doté d'une charte de fonctionnement relative à l'endoscopie qui intègre l'identification des différents secteurs réalisant des endoscopies (digestives, bronchiques et urologiques avec ou sans recours à l'anesthésie générale) et qui décrit leur organisation. Le pilotage commun de l'activité est confié à une commission dédiée, de création récente, dite "Commission Endoscopie".

La prise en charge des endoscopies est organisée sur 4 secteurs : les explorations digestives nécessitant une anesthésie générale sont réalisées au sein du bloc opératoire, celles utilisant une anesthésie locale sont effectuées dans les services concernés (gastro-entérologie, pneumologie et consultations externes pour l'urologie). Les salles de traitement des endoscopes sont au nombre de 3. Les vérifications terrain ont été réalisées sur le plateau technique d'endoscopie digestive, d'endoscopie bronchique, au bloc opératoire et dans les 3 salles de traitement des endoscopes.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter les processus relatifs à l'endoscopie.

Au regard des besoins et risques identifiés, il prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

Cependant les rôles et responsabilités du pilote du processus ne sont pas définis formellement.

La gestion des interfaces est organisée formellement au sein de la Commission Endoscopie pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité : bloc opératoire, équipe opérationnelle d'hygiène, maintenance biomédicale, consultations et services d'hospitalisations.

La régulation des activités est organisée dans chacun des secteurs concernés afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnement).

La démarche qualité de l'hôpital dans le domaine de l'endoscopie est décrite dans la charte endoscopie. Cette démarche est documentée et actualisée ; elle assure la sécurité de la prise en charge du patient et organise la diffusion de la culture qualité et sécurité auprès des professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management opérationnel de l'activité endoscopique est placé sous la responsabilité du cadre supérieur du secteur de chirurgie. Compte tenu des risques et besoins, ce dernier coordonne l'encadrement de chaque secteur d'activité et organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les cadres des secteurs concernés sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. La visite de ces derniers a permis d'apprécier la mobilisation des professionnels dans ce domaine.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La visite de l'ensemble des secteurs de réalisation endoscopes et de traitement des matériels a permis de constater la disponibilité des ressources en compétences (effectifs, formation), matériels (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée).

Cependant il a été constaté que l'organisation du local dédié au traitement des endoscopes au sein du bloc opératoire n'était pas optimisée. En effet, ce local est équipé de deux laveurs endoscopes, d'une armoire de rangement vertical des endoscopes avec une ventilation contrôlée et qualifiée et d'une paillasse de pré-désinfection mais son exiguïté ne facilite pas les opérations de traitement des matériels du fait de la proximité de ces équipements.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'endoscopie connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les

responsabilités sont connues. La prise en charge des urgences est assurée.
Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées basées sur les dispositions réglementaires ou issues des recommandations des sociétés savantes (SFED).
La traçabilité est organisée et opérationnelle ; elle inclut les vérifications effectuées (matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles). Pour ce qui concerne les différentes étapes de la prise en charge du patient, la traçabilité attendue pour les différentes étapes de la prise en charge est généralement assurée.
Au cours de la visite des sites de réalisation des endoscopies, il a été constaté que la traçabilité du risque dit "Kreutzfeld-Jacob" n'était pas systématiquement réalisée sur les formulaires de la check-list ; ce que confirme d'ailleurs la valeur de l'indicateur renseigné par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la prise en charge du patient sur la base d'outils identifiés. Il réalise notamment une évaluation des pratiques professionnelles sur le risque endoscopique depuis plusieurs années.

Un dispositif d'évaluation avec un suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est en place et intégré dans le compte qualité. Il est complété par le questionnaire I-Satis. Le recueil des événements indésirables institutionnel est également en place dans les secteurs d'endoscopies avec un retour d'expérience organisé avec des RMM.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers; l'établissement utilise pour cela son réseau Intranet et son journal d'information diffusé aux professionnels de santé extérieurs.

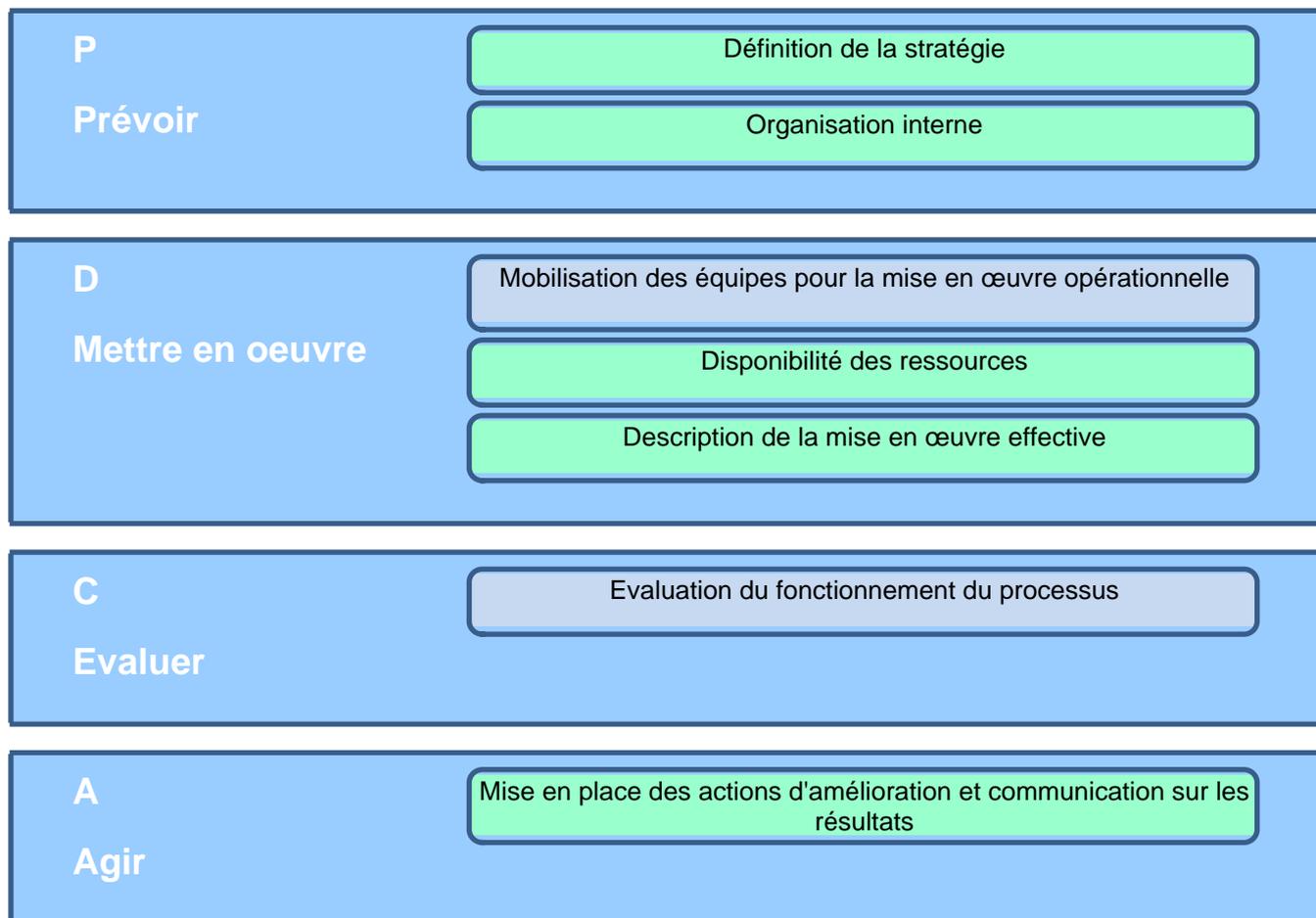
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

C'est une maternité de niveau 1 qui dispose de 3 salle de naissances. Il existe des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte (notamment socio-économique) et d'une cartographie des risques de l'unité réalisée avec les professionnels, revue à intervalles réguliers. Les risques sont identifiés dans le compte qualité.

Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'action institutionnel formalisé et présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le secteur de gynécologie obstétrique. Le fonctionnement du secteur est géré conjointement par la sage-femme cadre et le chef du service.

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

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Des conventions sont conclues avec des maternités de recours.

La gestion des interfaces avec les autres secteurs hospitaliers et l'entourage libéral est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (plaquettes d'information, EPU,...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur obstétrical organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés de façon itérative régulière. Ils s'assurent également, avec l'ensemble des professionnels qui se sont appropriés le processus, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et de leur régulation. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (mise en place de consultations spécifiques en rapport avec l'analyse des enquêtes de satisfaction, amélioration de la traçabilité des thérapeutiques employées, etc...) et leurs résultats, mis en place, sont présentés et utilisés par les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences professionnelles actualisées, en matériel (suivi et maintenu) et en documentation pertinente sont disponibles dans les diverses unités du secteur obstétrical.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur obstétrical met en œuvre les organisations et régulations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité globale des activités médicales et logistiques est assurée avec un travail en équipe réactive.

La traçabilité de l'ensemble des éléments (soins, logistiques,...) est assurée et partagée.

Les observation réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur obstétrical assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'une cartographie des risques revue régulièrement et d'un plan d'action annuel avec échéancier. Les indicateurs quantitatifs (nombre d'accouchements, de césarienne, mesure des délais,...) et qualitatifs (analyses des questionnaires de satisfaction et des événements indésirables, RMM,...) sont en place. Leur évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier des actions correctives.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers au moyen de l'Intranet et du journal d'information de l'hôpital largement diffusé.