



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER BRISSET

40, rue aux Loups
02500 HIRSON

DÉCEMBRE 2014

MISE À JOUR AVRIL 2015

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suvi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	16
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	17
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	32
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	39
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	49
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	50
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	63
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	70
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	73
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	76

PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER BRISSET

Adresse : 40 rue aux loups
02500 HIRSON AISNE

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	60	2	0
Soins de suite et/ou de réadaptation	30	0	0

Nombre de sites.:	- 1 site
Activités principales.:	- Activité de court séjour - Activité de soins de suite et réadaptation
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Accueil des Urgences - Consultations spécialisées - SMUR
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- CH FOURMIES - CH LAON - CH SAINT QUENTIN - CH VALENCIENNES - Centre de Santé des Fagnes de CHIMAY - CH LE NOUVION EN THIERACHE - CH VERVINS - CH WIGNEHIES - EPSMD de L' AISNE
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	- Arrêt de l'activité chirurgicale en 2006 - Fermeture de la maternité en 2006 - Fermeture du Laboratoire 1er Juin 2014 (Laboratoire GBEA 2002)

Réorganisation de l'offre de soins

Création d'activités nouvelles ou reconversions.:

- Hôpital de jour
- L'établissement ne réalise plus d'endoscopie depuis octobre 2013.

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec réserves.

1. Les décisions par critères du manuel

RESERVES

1.a (Valeurs, missions et stratégie de l'établissement) .

4.b (Amélioration de l'efficience) .

RECOMMANDATIONS

1.b (Engagement dans le développement durable) ;1.g (Développement d'une culture qualité et sécurité) .

2.e (Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement) .

8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins) ;8.c (Obligations légales et réglementaires) ;8.d (Evaluations des risques à priori) ;8.i (Vigilances et veille sanitaire) .

20.a Court Séjour (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ;20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

25.a (Prise en charge des urgences et des soins non programmés) .

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité de Santé.

3.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.

4.Suivi de la décision

L'établissement devra fournir à la Haute Autorité de santé dans un délai de 3 mois des plans d'actions avec échéancier pour les réserves maintenues et recommandations émises ou non levées suite à cette seconde délibération.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été élaborée. Elle a fait l'objet d'une validation en CME le 25 juin 2014, ainsi que d'une présentation en Conseil de surveillance le 27 juin 2014. Le futur projet médical est en cours de réflexion : les orientations du projet de pôle "médecine" ont été définies en interne, elles n'ont pas à ce stade bénéficié d'une validation des instances ni de l'ARS. Le projet de pôle "urgences-médoco-technique" n'est pas formalisé. Dans le cadre de l'élaboration de son nouveau CPOM 2013-2017, l'établissement a défini quatre orientations stratégiques en concertation avec l'ARS. Ce CPOM, à l'état de projet, n'est pas encore finalisé. L'établissement ne dispose pas encore d'un projet d'établissement validé. Le futur projet d'établissement est en cours de rédaction.

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Partiellement

La stratégie de l'établissement est en cours de réflexion, à travers un début d'élaboration du nouveau projet médical. Ce projet, en cours de rédaction, prend en compte les besoins de la population. Il n'a pas encore bénéficié d'une

	Partiellement	validation institutionnelle ni d'une approbation de l'ARS.
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Partiellement	Les valeurs et missions de l'établissement sont en cours de définition à l'occasion de la réflexion menée sur le futur projet médical. Ces éléments n'ont pas à ce jour été validés par les instances ni par l'ARS.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Partiellement	La seule politique institutionnelle finalisée à ce jour est la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, récemment présentée aux instances (Directoire du 13 juin, CME du 25 juin, Conseil de surveillance du 27 juin 2014), et qui fait l'objet d'un début de déclinaison. Les autres orientations stratégiques (ressources humaines, système d'information, projet de gestion, ...) n'étant pas déterminées, les politiques afférentes ne peuvent être déclinées en cohérence avec ces orientations, qui ne sont ni rédigées ni validées.
L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Partiellement	Dans le cadre de la réécriture de son projet médical, l'établissement étudie la mise en place de partenariats. Ces derniers sont inscrits dans le projet de CPOM en lien avec la logique territoriale, mais ne sont pas à ce stade effectifs ni validés par les instances et l'ARS.
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Partiellement	La définition des axes relatifs au futur projet médical, en lien avec le projet de pôle médecine, fait l'objet d'une concertation interne et d'une communication au sein des équipes concernées. En dehors de ces aspects et en l'absence de formalisation aboutie de ses orientations stratégiques, l'établissement n'a pas communiqué ses valeurs et missions au public et aux professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Partiellement	Les orientations stratégiques sont en cours de rédaction et font l'objet d'un suivi de l'ARS dans leur définition. En l'absence de CPOM validé et de projet d'établissement finalisé, elles ne peuvent faire l'objet d'un suivi global.
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Non	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluations de ses orientations stratégiques antérieures.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.b Engagement dans le développement durable		
Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un diagnostic « Développement durable » a été établi par l'établissement.	Non	L'établissement a consulté trois prestataires externes pour obtenir des devis afin de faire réaliser un diagnostic "développement durable". A ce jour, aucun prestataire n'a été retenu pour cette mission et l'établissement n'a pas débuté la mise en œuvre de ce diagnostic.
Un volet « Développement durable » est intégré dans les orientations stratégiques.	Non	L'établissement est en cours d'élaboration de ses orientations stratégiques. A ce jour, aucun volet relatif au développement durable n'a été formalisé dans les axes stratégiques institutionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.	Partiellement	Plusieurs actions liées au développement durable sont déclinées sur des axes environnementaux et économiques : recyclage du papier, maîtrise des consommations d'énergie, tri sélectif, projets architecturaux, ... Ces actions, qui ne relèvent pas d'une stratégie ni d'une politique définie, ne figurent pas dans un programme pluriannuel formalisé ni planifié.

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.	Partiellement	Quelques actions ponctuelles sont menées en interne et peuvent à cette occasion générer une sensibilisation du personnel : recyclage des documents papier ayant donné lieu à une information des services, nouvelle procédure de tri des déchets, affiche de sensibilisation contre le gaspillage alimentaire au self des personnels par exemple. En l'absence d'une politique "développement durable" et d'objectifs définis, l'établissement n'a pas mis en œuvre de dispositif de communication ni de sensibilisation en interne sur le développement durable et ses objectifs.
L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	Non	En l'absence de définition d'objectifs institutionnels liés au développement durable, l'établissement n'a pas mis en œuvre d'actions de communication sur ce thème envers les acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Oui	En cas d'opérations de construction ou de réhabilitation, le développement durable est pris en compte, qu'il s'agisse du choix des matériels ou des équipements (pose de minuteurs, détecteurs de mouvements, isolation des locaux, revêtements muraux, peintures, ampoules basse consommation, projets de changement des sanitaires, ...).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Non	En l'absence de programme pluriannuel formalisé, l'établissement ne peut en assurer un suivi et un réajustement à périodicité régulière.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	En grande partie	La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été rédigée et validée en CME le 25 juin 2014 et au Conseil de Surveillance le 27 juin 2014. Elle comprend 10 objectifs en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement : améliorer la prise en charge médicamenteuse, améliorer la culture Qualité et Sécurité des soins, assurer la veille réglementaire, pérenniser la démarche de lutte contre la douleur, promouvoir les soins palliatifs, garantir les droits des patients, prévenir la maltraitance, lutter contre le risque infectieux, lutter contre la dénutrition, améliorer l'identitovigilance. Chaque objectif est décliné en actions. Ces objectifs sont inclus dans le Programme Qualité Sécurité des soins (PAQSS) 2011-2015. Il s'agit de la seule orientation stratégique définie et validée en interne. Le projet d'établissement est en cours de réflexion. Le CPOM est à l'état de projet.
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	Cette politique 2013-2015 a été validée en juin 2014 par la CME, le Conseil de Surveillance et le Directoire.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	Cette politique a été diffusée en CME lors de la séance de validation (25 juin 2014), en Conseil de Surveillance (27 juin 2014), en Directoire (13 juin 2014). Elle a fait l'objet d'une diffusion aux professionnels lors d'une réunion organisée par l'encadrement le 26 juin 2014. La politique qualité et gestion des risques liés aux soins de l'établissement est par ailleurs détaillée dans le livret d'accueil du centre hospitalier, mis à jour en 2014.
Des objectifs et des indicateurs, validés par la Direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	Partiellement	Des objectifs et indicateurs sont définis dans la politique qualité récemment formalisée et validée. Actuellement, seuls les indicateurs à recueil obligatoire (QUALHAS et indicateurs relatifs aux infections nosocomiales) ainsi que les indicateurs liés à deux EPP (dénutrition et escarres) sont recueillis et diffusés. Il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs en lien avec les objectifs de la politique qualité.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	Non	La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est de formalisation et validation récente. Il en est prévu une révision à périodicité biennale, qui n'a pu à ce stade être mise en œuvre au vu de son caractère récent.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.f
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

La stratégie de développement de l'EPP a été formalisée. Elle est inscrite dans le Programme Qualité de l'établissement 2011-2015 (PAQSS) et dans la politique qualité - sécurité des soins, validés par les instances en juin 2014. Une commission EPP issue de la CME a été mise en place en Mars 2013. Elle a en charge la stratégie de développement des EPP. Cette Commission dispose d'un règlement intérieur qui a été élaboré en juillet 2013 et validé par la nouvelle CME en Avril 2014.

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

Oui

La concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de développement de l'EPP est organisée par la commission EPP. Ses missions sont définies dans le règlement intérieur validé par les instances. Le responsable qualité est membre de la Commission EPP. Le tableau de bord et l'état d'avancement des EPP sont intégrés au Programme Qualité de l'établissement.

Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Le règlement intérieur de la Commission EPP définit la composition, le fonctionnement, les missions et compétences de cette Commission. Elle est composée de quatre personnes : un médecin issu de la CME, le diététicien, le responsable qualité et le cadre de santé faisant fonction de Directeur des soins. Cette composition a été validée par les instances. Cette Commission a pour mission le pilotage de la politique EPP, la coordination, l'accompagnement et le suivi des EPP.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Un accompagnement des professionnels est organisé pour chaque EPP par le responsable qualité. Le diététicien, membre de la commission EPP, assure une aide méthodologique aux équipes. Lors de la réunion de la Commission EPP du 20 juin 2014, des présentations de méthodes EPP ont été réalisées par le responsable qualité.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	L'état d'avancement et l'impact des EPP sont suivis par la Commission EPP qui se réunit trimestriellement. Chaque EPP a un référent qui évalue l'état d'avancement de l'EPP dont il a la charge. La Commission EPP a élaboré divers outils, dont une grille de recueil des étapes et un diagramme du suivi d'avancement global de la démarche. En Juin 2014, la Commission EPP a organisé une présentation de l'ensemble des 7 EPP de l'établissement, de leur état d'avancement et de leur impact. Un point d'avancement des EPP est réalisé à chaque CME. Les commissions concernés par les thématiques EPP (CLAN, CLUD, ...) sont informées via les référents concernés.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	En grande partie	La Commission EPP réalise un bilan annuel de son activité, qui comprend les perspectives pour l'année suivante. Le comité de pilotage de la qualité (COPI) en charge de la certification est informé du développement des EPP et des résultats obtenus. Des informations sont réalisées dans chaque commission concernée par la thématique EPP. Les instances (CME, Conseil de surveillance et Directoire) sont informées de la politique EPP et de son déploiement. Les

	En grande partie	résultats des EPP sur la dénutrition et la prise en charge des escarres sont diffusés dans les services. Dans le livret d'accueil de l'établissement, une information des usagers est réalisée sur la politique EPP. Cependant, l'établissement n'a pas défini à ce jour de stratégie de communication et d'information de l'ensemble des professionnels.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	La Commission EPP rend compte des différentes démarches et de leur mesure d'impact à chaque CME, au Directoire, au Conseil de surveillance et au COPIL en charge de la certification. Cette commission réalise un bilan annuel de son activité.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Non	La stratégie de développement de l'EPP a été définie et formalisée en 2013 par la création d'une Commission EPP, dont le règlement intérieur a été validé en CME en Avril 2014. Toutefois, la stratégie de développement de l'EPP est trop récente pour avoir bénéficié à ce jour d'une révision.

Référence 1: La stratégie de l'établissement		
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité		
Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	En grande partie	L'établissement a souhaité sensibiliser les professionnels à la démarche qualité / sécurité des soins. Les résultats de la visite de certification ont été diffusés et affichés ainsi que les résultats des indicateurs nationaux QUALHAS et ceux relatifs aux infections nosocomiales. Un Comité de pilotage(COPIL) en charge de la certification et de son suivi a été organisé en Septembre 2013. Il comprend des membres de la Direction dont la Direction des soins, des représentants médicaux, des personnels d'encadrement, le responsable qualité ainsi qu'un représentant des usagers. Un référent par critère du rapport de certification ayant une réserve ou une recommandation a été désigné et des groupes de travail constitués. Le COPIL s'est réuni trimestriellement pour suivre l'avancée des améliorations. Le programme d'action qualité 2011-2015 (PAQSS) a été réactualisé. Toutefois, cette stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels n'est pas formalisée et structurée dans un projet d'établissement, ou projet de pôle incluant des démarches qualité et sécurité des soins.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

<p>Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est de validation et formalisation récentes (juin 2014). Cette politique a été diffusée en CME, Conseil de surveillance, Directoire. L'encadrement a fait une information aux professionnels en juin 2014. Cette politique, d'élaboration récente, n'a pas donné lieu pour l'instant à une information périodique et organisée sur sa mise en œuvre ainsi que sur son évolution.</p>
<p>Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les résultats de la visite de certification ont été diffusés par voie d'affichage ainsi que les indicateurs nationaux QUALHAS et les indicateurs relatifs aux infections nosocomiales. Des informations sur la politique qualité et gestion des risques associés aux soins sont inscrites dans le livret d'accueil du patient. Cependant, aucune réunion institutionnelle, activité, journée dédiée sur les thèmes qualité et sécurité des soins n'a été organisée dans l'établissement.</p>
<p>E3 Evaluer et améliorer</p>	<p>Réponses aux EA</p>	<p>Constats</p>
<p>La Direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une fois par an, le PAQSS et la Politique Qualité de l'établissement sont présentés aux instances compétentes (CME, Directoire, Conseil de surveillance). Toutefois, la politique qualité et le Programme d'actions Qualité de l'établissement sont de validation trop récentes (juin 2014) pour que ses ajustements et modifications aient fait l'objet d'un suivi par les instances.</p>

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.e
Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Partiellement

La Direction dispose de tableaux de bord financiers dans le cadre du suivi de l'exécution budgétaire. Les cadres de Direction sont destinataires d'un tableau de bord journalier de l'activité des services, émis par le bureau des entrées. Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont abordés à échéance annuelle lors de l'élaboration du bilan social. Les indicateurs qualité sont composés du recueil des IPAQSS qui a lieu tous les deux ans et des indicateurs recueillis dans le cadre de deux EPP. La Direction ne dispose pas de tableaux de bord reprenant l'ensemble de ces éléments mais de tableaux de bord distincts émanant de plusieurs sources et services. Le responsable en charge du contrôle de gestion a réalisé des projets de tableaux de bord qui ne sont actuellement pas diffusés, les destinataires et la périodicité de diffusion n'étant pas définis à ce stade de la réflexion.

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

Partiellement

Les services disposent par voie d'affichage des indicateurs qualité issus des EPP relatives au risque dénutrition et aux escarres. Des tableaux de bord comprenant des données d'activité (DMS, taux d'occupation) sont transmis

	Partiellement	mensuellement aux responsables des unités de soins (chefs de services et cadres de santé). Ces tableaux ne comportent pas d'indicateurs de ressources humaines ni d'éléments financiers, ni d'indicateurs qualité. La stratégie de communication des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers est actuellement en cours de réflexion.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de Direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Partiellement	Les tableaux de bord relatifs à l'EPRD sont présentés annuellement aux instances (Conseil de surveillance, CME, Directoire). Les indicateurs liés aux ressources humaines sont présentés aux instances dans le cadre du Bilan social annuel (CHSCT, CTE, CME). Les indicateurs qualité (IPAQSS et indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales) ont été présentés pour information au Conseil de surveillance le 27 juin 2014. Les questions relatives aux finances et à l'activité peuvent faire l'objet de discussions en Directoire et en Conseil de surveillance. Toutefois, les tableaux de bord relatifs aux ressources humaines et à la qualité ne sont pas examinés de façon infra annuelle au sein des instances et des réunions de Direction.
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	L'établissement diffuse par voie d'affichage les résultats des IPAQSS et des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, ainsi que les données issues de la procédure de certification.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	En grande partie	Les orientations stratégiques de l'établissement ne sont pas formalisées à ce jour, à l'exception de la politique qualité - sécurité des soins. Le CPOM est en cours d'écriture, en lien avec l'ARS. Un Plan Pluriannuel d'Investissement et un plan de retour à l'équilibre sont en cours de rédaction. Les réflexions en cours s'appuient sur les indicateurs disponibles, même en l'absence d'une stratégie d'établissement clairement arrêtée à ce jour.

L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaisons externe et interne).	Non	L'établissement ne diligente pas d'analyse comparative de ses résultats en interne ou par rapport à des structures similaires.
---	-----	--

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins cinquante salariés. En dessous de cinquante salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

L'analyse des risques professionnels est réalisée chaque année sur la base d'une planification validée en CHSCT. Elle concerne l'ensemble des secteurs d'activité.

Le document unique est établi.

Oui

L'établissement dispose d'un document unique des risques professionnels actualisé.

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

En grande partie

Suite à l'analyse des risques professionnels ou aux visites des membres du CHSCT dans les services, des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Certaines d'entre elles sont retranscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Toutefois, elles ne sont pas inscrites dans un plan d'amélioration des conditions de travail.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui	Suite à l'analyse des risques professionnels et à leur hiérarchisation, des actions de prévention sont mises en œuvre, en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	Oui	Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre et suivies dans le cadre du document unique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Partiellement	Le document unique est évalué chaque année selon un calendrier défini en CHSCT, sur la base du bilan du service de santé au travail et des déclarations d'accidents du travail. Toutefois, le programme de prévention des risques n'est pas structuré et le faible taux de déclaration des événements indésirables ne permet pas d'alimenter cette évaluation.
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	Concernant le document unique, les évaluations donnent lieu, si nécessaire, à des actions d'amélioration. En l'absence de structuration d'un programme de prévention des risques, ce dernier ne donne pas lieu à évaluation.

Référence 3: La gestion des ressources humaines		
Critère 3.d Qualité de vie au travail		
Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Partiellement	La politique sociale de l'établissement n'est pas formalisée à ce jour. Elle fait l'objet d'une réflexion en vue d'être intégrée dans le futur projet d'établissement, qui est en cours d'élaboration. L'expression des attentes des personnels est réalisée au moment de l'entretien annuel d'évaluation et peut donner lieu à des actions inscrites au plan de formation.
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Non	Il n'existe pas de plan d'amélioration défini ni formalisé (Pilote, échéance, suivi).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre.	Oui	Suite aux visites de service réalisées par les membres du CHSCT ou à l'issue de la réalisation du plan de formation institutionnel, des actions d'amélioration sont mises en œuvre (réflexion sur les plannings, sur les tenues professionnelles, ...).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Partiellement	Les seules actions d'amélioration de la qualité de vie au travail qui sont évaluées sont celles issues du document unique. Les autres actions menées ne bénéficient pas d'évaluation.
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	Une évaluation de la satisfaction des personnels a été réalisée en juillet 2012. Les résultats de cette enquête ont été diffusés via l'encadrement. Par ailleurs, une enquête portant sur les risques psychosociaux a été menée dans l'établissement en 2013.

Référence 4: La gestion des ressources financières		
Critère 4.b Amélioration de l'efficience		
Cotation	C	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Partiellement	Un plan de retour à l'équilibre, portant les objectifs d'amélioration de l'efficience des organisations de l'établissement, est en cours de formalisation. Toutefois, ce Plan n'est pas encore finalisé et n'a pas encore bénéficié d'une validation de l'ARS.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Partiellement	L'établissement a mené des audits organisationnels sur les processus logistiques relatifs à la restauration et à la blanchisserie. Par ailleurs une étude des coûts a été menée sur les analyses de laboratoire. Toutefois, l'établissement n'a pas encore conduit d'études ou d'audits sur les processus de soins en terme d'efficience de ses organisations et ne dispose d'aucune cartographie ni formalisation de ces processus.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les audits menés sur les processus logistiques ont conduit à des actions d'amélioration : changement des tenues des personnels, création de documents de traçabilité, mise en place de formations à la maintenance préventive des chariots repas notamment. Toutefois, les actions correctives engagées ne sont pas retranscrites dans le PAQSS institutionnel et ne concernent que quelques processus.</p>
---	----------------------	--

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

L'établissement a élaboré un programme qualité-sécurité des soins (PAQSS 2011-2015). Il décline la politique globale qualité-sécurité des soins et les objectifs d'amélioration institutionnels. Ce programme est constitué d'actions générales et spécifiques à certains secteurs d'activité ou instances.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.

Partiellement

Ce programme prend en compte des actions issues de la réglementation, de l'analyse des événements indésirables, des éléments en lien avec la lutte contre les infections nosocomiales, la politique du médicament, les dispositifs de vigilance, l'analyse des plaintes et des réclamations, les EPP. Ce programme n'inclut pas les actions liées aux dysfonctionnements majeurs et récurrents, en l'absence notamment d'identification et de hiérarchisation des risques a priori. De nombreuses actions sont par ailleurs menées dans les services mais ne sont pas incluses dans le PAQSS : actions menées suite à l'audit du circuit du linge par exemple, ou du circuit restauration, ou de l'audit Archimed du circuit du médicament.

	Partiellement	
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément n'est pas applicable.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le PAQSS a été récemment soumis pour validation (juin 2014) aux instances de l'établissement : CME, Directoire, Conseil de surveillance.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	En grande partie	De façon générale, les secteurs d'activité ou les instances concernées mettent en œuvre les actions qui relèvent de leurs compétences (CLAN, service économique, logistique et travaux, CLUD, ...). Un responsable, un secteur d'activité ou une instance sont nominativement désignés et un délai est fixé pour chaque action inscrite au PAQSS. Toutefois, certaines actions inscrites au PAQSS reposent sur des responsables qui ont quitté l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Partiellement	La périodicité de révision du PAQSS n'est pas définie. Le responsable qualité récupère les compte-rendus des groupes de travail et des instances, puis incrémente le PAQSS des éléments en sa possession au vu de ces compte-rendus. Plusieurs actions non réalisées dans le délai initialement défini figurent encore dans le PAQSS sans que le délai de mise en œuvre de l'action n'ait été révisé. Au vu de la désignation très récente d'un gestionnaire des risques associés aux soins (Président de CME désigné en CME le 25 juin 2014), les plans d'actions sont centralisés par le responsable qualité de façon "ascendante" sans que le PAQSS ne fasse l'objet d'un pilotage institutionnel efficace.

<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'atteinte des objectifs du programme est mesurée par le responsable qualité, qui se renseigne auprès des référents pour connaître l'état des actions en cours. Cette mesure est indiquée sur le PAQSS par une lettre d'avancement pour chaque action (P, D, C ou A). Toutefois cette évaluation du PAQSS n'est pas structurée à une périodicité définie et la date d'évaluation de ce programme n'est pas mentionnée sur le document.</p> <p>L'établissement a déterminé en interne certains indicateurs de mesure (exemple : nombre de FEI sur le thème concerné). Les indicateurs nationaux QUALHAS ont été utilisés comme indicateurs de suivi pour certaines actions en 2011 et 2012 ; cependant, ils n'ont pas été inscrits depuis 2012 comme indicateurs contribuant à l'évaluation du PAQSS.</p>
<p>Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Une fois par an, le PAQSS est présenté aux instances compétentes (CME, Directoire, Conseil de surveillance). Toutefois, les réajustements du programme ne sont pas débattus ou déterminés au sein de ces instances. Les réajustements éventuels du PAQSS sont en effet issus du recensement effectué par le responsable qualité sur les actions réalisées ou non dans les services. Ils ne résultent pas d'une politique institutionnelle de management de la qualité et de la sécurité des soins.</p>

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

Oui

La veille réglementaire est assurée par la Directrice adjointe de l'établissement. Ce dispositif repose sur une procédure qui a été formalisée le 16 juin 2014 et qui désigne un référent institutionnel pour chaque domaine de veille concerné. La Direction reçoit des éléments de veille juridique via les lettres électroniques du GCS e-Santé Picardie. Le responsable qualité et le cadre de santé faisant fonction de Directeur des soins sont destinataires quant à eux d'une lettre d'information mensuelle de l'ARS Picardie ("Actualité des Directions de Soins en Ligne") qui fait état des évolutions législatives et réglementaires en santé.

La Direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

Partiellement

Faisant suite aux contrôles internes et externes, la Direction arbitre les actions à réaliser en fonction du degré de risque encouru et des aspects sécuritaires qui en découlent, dans la limite des potentialités budgétaires. Dans le cadre de l'élaboration du futur Plan Pluriannuel d'Investissement, la Direction envisage d'inscrire une programmation des actions à mettre en œuvre. Toutefois, ces actions ne sont pas retranscrites dans un plan de priorisation formalisé prenant en compte la parution de nouvelles exigences

	Partiellement	règlementaires.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Partiellement	La Direction met en œuvre les actions consécutives aux recommandations formulées dans le cadre des contrôles et inspections réglementaires (gestion de l'eau, sécurité incendie, ...) en fonction des risques encourus. Néanmoins, il n'existe pas de plan de priorisation formalisé.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La Direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Partiellement	La Direction prend acte des non conformités à l'occasion de la réception des rapports d'études, d'audits, d'inspections et de contrôles. En l'absence de plan priorisé visant au traitement de ces non conformités, le suivi des actions mises en place est réalisé au coup par coup via la réception des factures afférentes, sans qu'une organisation de ce suivi ne soit structurée.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.d Evaluations des risques à priori

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

Partiellement

En matière de risque a priori, l'établissement a réalisé l'actualisation du recensement des risques professionnels, dans le cadre du document unique. En dehors de cette démarche, l'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation des risques dans les secteurs d'activité et aucune cartographie des risques liés aux soins n'a été réalisée.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

Partiellement

Les risques professionnels sont hiérarchisés selon une méthode définie (AMDEC). Aucune autre hiérarchisation des risques n'est en place, en l'absence d'évaluation des risques liés aux soins.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.

En grande partie

Sur des initiatives ponctuelles, certaines actions de prévention des risques liés aux soins sont mises en œuvre, telles la prévention du risque de troubles du rythme liés à la prise de méthadone, la mise en place de formations thématiques sur le circuit du médicament, ou encore des actions ciblées sur la prévention des erreurs d'identité. Toutefois, ces actions ne sont pas structurées ni hiérarchisées, en l'absence d'une évaluation formalisée des

	En grande partie	risques liées aux soins.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Partiellement	Le responsable qualité est la seule personne de l'établissement formée à la méthode d'analyse des risques a priori, les formations prévues en 2013 sur ce thème n'ont pas été délivrées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Partiellement	Le suivi de la mise en œuvre des actions de réduction des risques professionnels est fixé à échéance annuelle. En dehors de ces éléments, il n'y a pas de périodicité définie pour le suivi des actions menées pour ce qui relève des risques liés aux soins, ces actions restant ponctuelles et n'étant pas retranscrites dans le PAQSS institutionnel.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Partiellement	L'établissement n'a pas mis en œuvre de mesure de l'efficacité des actions menées excepté dans le secteur du laboratoire.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

En grande partie

Une procédure de gestion de la veille réglementaire, sanitaire et des alertes a été rédigée et validée le 13 juin 2014. Cette procédure inclut une liste de référents "veille réglementaire et sanitaire" mais ne sont pas cités les référents radiovigilant et réactovigilant. L'organisation des alertes descendantes est formalisée mais les alertes ascendantes ne sont formalisées que pour la pharmacovigilance.

Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.

Partiellement

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné lors de la CME du 25 juin 2014. A cette occasion, un organigramme de la gestion des risques associés aux soins a été validé, il prévoit une coordination des vigilances sous l'égide du Président de la CME. Au vu du caractère récent de ce dispositif, la coordination des vigilances en relation avec la qualité et la gestion des risques n'est pas encore effective.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Non	Il n'y a pas de coordination organisée entre l'établissement et les structures régionales ou nationales de vigilance et de veille sanitaire.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	Les alertes ascendantes et descendantes fonctionnent, même pour ce qui concerne les vigilances non encore formalisées. La veille sanitaire est opérationnelle.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Non	Il n'y a pas de bilan réalisé à ce jour des vigilances et de la veille sanitaire.

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
 Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée et validée récemment en CME (25 juin 2014). Elle est intégrée dans la politique "Qualité et gestion des risques" de l'établissement, validée au cours de la même instance. Elle comporte des objectifs formulés sous forme d'engagement de la part de la Direction d'une part et de la PUI d'autre part. La politique prend en compte : les actions de bon usage (CBUM), les décisions de la certification, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Cependant, il n'y a pas de manuel qualité formalisé. La description des processus et de leurs interactions n'est pas réalisée. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ou de l'audit du circuit du médicament (méthode Archimed) ne font pas l'objet d'un programme d'actions structuré. Il n'y a pas de responsable identifié du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	En grande partie	Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet est planifié. Il fait partie du projet global d'informatisation du dossier patient mais n'est pas intégré dans un schéma directeur du système d'information, non défini.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments tels que le guide DOROSZ, le dictionnaire VIDAL, la base Thériaque. Un livret thérapeutique est disponible dans chaque service. Une fiche d'aide à la prescription reprenant la liste des antibiotiques disponibles dans le livret thérapeutique au regard des résultats de la clearance de la créatinine est diffusée dans chaque service. Ces outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Deux actions de formation des professionnels au circuit du médicament, contenant un volet relatif à la prévention des erreurs médicamenteuses, ont été réalisées (une en décembre 2013 qui a concerné 6 IDE et 3 cadres de santé et une en mars 2014 qui a concerné 8 IDE et 1 cadre de santé). Un référent pharmaceutique en unité de soins (préparateur en pharmacie et infirmière référente) est identifié pour chaque service.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du dossier du patient intégrant la prescription est engagée. Le prestataire est choisi et le déploiement de la prescription connectée est programmé pour la fin de l'année.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif présenté et analysé en COMEDIMS. Le suivi qualitatif est réalisé dans le cadre du CBUM. Par ailleurs un audit du circuit du médicament a été réalisé en 2013 sur la base de l'outil

	Oui	ARCHIMED-OMEDIT.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses, à la disposition des professionnels concernés. Une CREX est en place pour analyser de façon collective les erreurs médicamenteuses. Cependant, les personnes déclarantes ne sont pas invitées à la CREX (déclaration anonyme) et il n'y a pas d'utilisation d'une méthode d'analyse systémique des causes profondes. La culture de la déclaration systématique des erreurs médicamenteuses n'est pas intégrée aux pratiques quotidiennes des professionnels.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre mais ne sont pas suivies ni coordonnées dans un programme d'amélioration structuré. La rétroinformation des professionnels est assurée par les infirmières référente "Pharmacie" qui siègent à la CREX.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Soins de suite et/ou de réadaptation
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Partiellement

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée et validée récemment en CME (25 juin 2014). Elle est intégrée dans la politique "Qualité et gestion des risques" de l'établissement, validée au cours de la même instance. Elle comporte des objectifs formulés sous forme d'engagement de la part de la Direction d'une part et de la PUI d'autre part. La politique prend en compte : les actions de bon usage (CBUM), les décisions de la certification, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Cependant, il n'y a pas de manuel qualité formalisé. La description des processus et de leurs interactions n'est pas réalisée. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ou de l'audit du circuit du médicament (méthode Archimed) ne font pas l'objet d'un programme d'actions structuré. Il n'y a pas de responsable identifié du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.	En grande partie	Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet est planifié. Il fait partie du projet global d'informatisation du dossier patient mais n'est pas intégré dans un schéma directeur du système d'information, non défini à ce jour.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	L'établissement a mis en place des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments tels que le guide DOROSZ, le dictionnaire VIDAL, la base Thériaque. Un livret thérapeutique est disponible dans chaque service. Une fiche d'aide à la prescription reprenant la liste des antibiotiques disponibles dans le livret thérapeutique au regard des résultats de la clearance de la créatinine est diffusée dans chaque service. Ces outils sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Deux actions de formation des professionnels au circuit du médicament, contenant un volet relatif à la prévention des erreurs médicamenteuses, ont été réalisées (une en décembre 2013 qui a concerné 6 IDE et 3 cadres de santé et une en mars 2014 qui a concerné 8 IDE et 1 cadre de santé). Un référent pharmaceutique en unité de soins (préparateur en pharmacie et infirmière référente) est identifié pour chaque service.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation du dossier du patient intégrant la prescription est engagée. Le prestataire est choisi et le déploiement de la prescription connectée est programmé pour la fin de l'année.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif présenté et analysé en COMEDIMS. Le suivi qualitatif est réalisé dans le cadre du CBUM. Par ailleurs un audit du circuit du médicament a été réalisé en 2013 sur la base de l'outil

	Oui	ARCHIMED-OMEDIT.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Partiellement	Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses, à la disposition des professionnels concernés. Une CREX est en place pour analyser de façon collective les erreurs médicamenteuses. Cependant les personnes déclarantes ne sont pas invitées à la CREX (déclaration anonyme) et il n'y a pas d'utilisation d'une méthode d'analyse systémique des causes profondes. La culture de la déclaration systématique des erreurs médicamenteuses n'est pas intégrée aux pratiques quotidiennes des professionnels.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	En grande partie	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre mais ne sont pas suivies ni coordonnées dans un programme d'amélioration structuré. La rétroinformation des professionnels est assurée par les infirmières référente "Pharmacie" qui siègent à la CREX.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription dans un protocole intitulé "Règles de prescription". Des supports de prescription validés et actualisés sont en place et permettent l'administration de la prescription sans retranscription.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

Le traitement personnel du patient est pris en compte, lors de son admission, par les professionnels. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Cette pratique est en cours de formalisation dans un protocole "Gestion du traitement personnel d'un patient".

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est effective mais différée dans le temps compte tenu de la pratique actuellement en vigueur (Photocopie de feuilles de prescription). Chaque fois que possible la pharmacie privilégie le conditionnement unitaire, dans le cas contraire, un ré-étiquetage des plaquettes est réalisé reprenant le nom, la date de péremption, le dosage et le numéro de lot

	En grande partie	permettant l'identification du médicament jusqu'au moment de l'administration. La réponse aux demandes urgentes de médicaments et l'optimisation des stocks à la PUI sont organisées. Cependant, la délivrance nominative des médicaments n'est pas mise en place et l'information et les conseils aux utilisateurs ne sont pas formalisés dans des documents structurés.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration des médicaments sont connues des infirmières et mises en œuvre bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'un document de formalisation intégrant le Manuel Assurance Qualité. Les documents d'administration sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Les préparateurs en pharmacie référents ont en charge la gestion et le rangement des médicaments en fonction des dotations définies par service.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	En grande partie	Compte-tenu de la valeur du critère « rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur « Tenue du dossier » et de sa valeur de 6% pour la campagne de recueil 2011. Les actions d'amélioration mises en place ont permis une évolution de la valeur de l'item.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif sur l'ensemble du traitement du patient mais l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée par la pharmacienne de façon différée, à partir des photocopies des fiches de prescriptions médicamenteuses adressées quotidiennement à la PUI. La délivrance nominative n'est pas en place.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations prépondérantes nécessitant une information des patients sont identifiées : AVK et diabète. L'information donnée aux patients est structurée (objectif, cible, contenu, support). Elle est réalisée pendant l'hospitalisation et à la sortie du patient, elle est généralement tracée. En dehors des situations identifiées, l'information du patient n'est pas structurée, repose sur l'expérience infirmière et n'est pas tracée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité sur le support unique de prescription/administration.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit du circuit du médicament a été réalisé en juin 2013. Il a porté sur le relevé des non-conformités au regard de l'arrêté du 31/09/1999 et au référentiel HAS pour la totalité des traitements administrés le jour de l'audit. Un audit de la prise en charge médicamenteuse et en particulier de l'administration des médicaments, des armoires à pharmacie, des chariots d'urgence a été réalisé à partir de l'outil "Archimed". Des audits sont également menés dans le cadre des rapports d'étape du CBUM. Les actions correctrices afférentes sont mises en œuvre sans faire l'objet d'un programme d'actions structuré (Pilote de l'action, échéance, suivi).
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Une EPP est en cours de réalisation sur le thème de la pertinence des prescriptions AVK ainsi que sur la compréhension du patient au regard des informations sur son traitement. Les actions correctrices issues des différents audits sont mises en œuvre. Toutefois, elles ne font pas l'objet d'une priorisation dans un programme d'actions structuré.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Soins de suite et/ou de réadaptation
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

L'établissement a formalisé les règles de prescription dans un protocole intitulé "Règles de prescription". Des supports de prescription validés et actualisés sont en place et permettent l'administration de la prescription sans retranscription.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

Le traitement personnel du patient est pris en compte, lors de son admission, par les professionnels. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Cette pratique est en cours de formalisation dans un protocole "Gestion du traitement personnel d'un patient".

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

En grande partie

L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est effective mais différée dans le temps compte tenu de la pratique actuellement en vigueur (Photocopie de feuilles de prescription). Chaque fois que possible la pharmacie privilégie le conditionnement unitaire, dans le cas contraire, un ré-étiquetage des plaquettes est réalisé reprenant le nom, la date de péremption, le dosage et le numéro de lot

	En grande partie	permettant l'identification du médicament jusqu'au moment de l'administration. La réponse aux demandes urgentes de médicaments et l'optimisation des stocks à la PUI sont organisées. Cependant la délivrance nominative des médicaments n'est pas mise en place et l'information et les conseils aux utilisateurs ne sont pas formalisés dans des documents structurés.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration des médicaments sont connues des infirmières et mises en œuvre bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'un document de formalisation intégrant le Manuel Assurance Qualité. Les documents d'administration sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Les préparateurs en pharmacie référents ont en charge la gestion et le rangement des médicaments en fonction des dotations définies par service.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Compte-tenu de la valeur du critère «rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «Tenue du dossier» et de sa valeur de 90% pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif sur l'ensemble du traitement du patient mais l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée par la pharmacienne de façon différée, à partir des photocopies des fiches de prescriptions médicamenteuses adressées quotidiennement à la PUI. La délivrance nominative n'est pas en place.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	NA	L'établissement ne détient pas d'autorisation de traitement du cancer ni de mise en œuvre de chimiothérapie. Il ne détient pas non plus d'autorisation de prise en charge pédiatrique.

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie	Les situations prépondérantes nécessitant une information des patients sont identifiées : AVK et diabète. L'information donnée aux patients est structurée (objectif, cible, contenu, support). Elle est réalisée pendant l'hospitalisation et à la sortie du patient, elle est généralement tracée. En dehors des situations identifiées, l'information du patient n'est pas structurée, repose sur l'expérience infirmière et n'est pas tracée.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité sur le support unique de prescription/administration.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	En grande partie	Un audit du circuit du médicament a été réalisé en juin 2013. Il a porté sur le relevé des non-conformités au regard de l'arrêté du 31/09/1999 et au référentiel HAS pour la totalité des traitements administrés le jour de l'audit. Un audit de la prise en charge médicamenteuse et en particulier de l'administration des médicaments, des armoires à pharmacie, des chariots d'urgence a été réalisé à partir de l'outil "Archimed". Des audits sont également menés dans le cadre des rapports d'étape du CBUM. Les actions correctrices afférentes sont mises en œuvre sans faire l'objet d'un programme d'actions structuré (Pilote de l'action, échéance, suivi).
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie	Une EPP est en cours de réalisation sur le thème de la pertinence des prescriptions AVK ainsi que sur la compréhension du patient au regard des informations sur son traitement. Les actions correctrices issues des différents audits sont mises en œuvre. Elles ne font pas l'objet d'une priorisation dans un programme d'actions structuré.

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

Référence 25: La prise en charge dans le service des urgences

Critère 25.a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée, et connue des acteurs du territoire de santé.

Partiellement

Depuis mai 2014, une nouvelle organisation du service des urgences a été mise en place avec l'appui de la Direction. Un chef de service provisoire a été nommé en mai 2014 ainsi qu'une infirmière faisant fonction de cadre de santé. Un projet de service est en cours de rédaction. Un règlement intérieur a été rédigé mais non validé par la CME du 25 Juin 2014, qui a souhaité y apporter des modifications. L'établissement n'a pas de projet d'établissement, ni de projet du pôle urgences-médecotechnique. Le CPOM a défini 4 orientations stratégiques mais n'est pas finalisé. Il existe des coopérations et des partenariats dans le réseau des urgences dont certaines sont formalisées : prises en charge des pathologies cardiaques, transports sanitaires secondaires, transports hélicoptés, relais SOS main. L'accueil des personnes vulnérables est organisée, et un dispositif PASS est en place. Des réunions de service sont organisées deux fois par semaine et tracées, mais il n'existe pas de commission des urgences. Des groupes de travail pluridisciplinaires sont en cours de rédaction de protocoles concernant la prise en charge des patients aux urgences,

	Partiellement	pour le SMUR et l'UHCD.
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	En grande partie	Il existe une possibilité de recours aux différents spécialistes consultants dans l'établissement : chirurgien orthopédiste, urologue, cardiologue, ORL, pédiatre, diététicien, dermatologue, gériatre, en heures ouvrables, ainsi qu'avec des psychiatres d'une structure externe. Des recours aux autres spécialités sont possible pour la prise en charge des AVC, des IDM, de la neurochirurgie, de la maternité, de la réanimation, de la chirurgie, dans des structures du territoire de santé. Toutefois, ces recours ne sont pas formalisés par des conventions.
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	En grande partie	Dans le projet de règlement intérieur des urgences, non validé à ce jour, sont définis l'accueil et la prise en charge des patients. Un organigramme décisionnel a été rédigé : il décrit le circuit du patient aux urgences , le tri des patients selon la typologie urgente ou non, le lien avec la radiologie et le laboratoire, les transferts intra ou extra muros. Des filières de soins adaptés à des populations spécifiques sont opérationnelles mais non formalisées. Par ailleurs, il n'existe pas de projet de service validé ni de projet de pôle urgence-médecotechnique.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Oui	La disponibilité des lits d'hospitalisation est renseignée : - quotidiennement, en soirée, dans le registre informatisé régional de disponibilité des lits Picard'ed - trois fois par jour, par téléphone, par le cadre du service sur une grille "papier" - sur une fiche récapitulative émise par le bureau des entrées et transmise tous les soirs au responsable administratif de garde En septembre 2014, le déploiement du DPI aux urgences devrait permettre une analyse informatisée des lits

	Oui	disponibles dans l'établissement.
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	En grande partie	Des formations IDE à l'accueil et à l'orientation des patients des urgences ont été réalisées par un organisme extérieur en 2014. Elles ont concerné 6 IDE sur 12.
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	Oui	Les patients peuvent être hospitalisés directement dans les services d'hospitalisation ou bénéficier de consultations spécialisées, soit directement dans la plateforme de consultations avancées de l'établissement, soit postérieurement à leur passage aux urgences.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	En grande partie	Un audit des temps d'attente aux urgences a été réalisé en 2012 (analyse de 100 dossiers par mois) et durant une semaine en 2014. Toutefois, il n'y a pas de revue périodique de ces indicateurs.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	Partiellement	Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements aux urgences sont formalisés par le biais des fiches d'évènements indésirables institutionnelles. Quelques déclarations d'évènements indésirables ont été réalisées en 2013 et un évènement indésirable grave a fait l'objet d'une réunion de la cellule de gestion des risques avec mise en place d'actions d'amélioration. Cependant, la culture de déclaration des évènements indésirables liés aux soins est peu développée dans le service des urgences et les quelques évènements indésirables signalés ne concernent pas les processus de soins.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	En grande partie	Des groupes de travail pluriprofessionnels sont en train de rédiger des protocoles et procédures pour l'amélioration de la prise en charge des patients. Deux EPP sont en cours de réalisation : prise en charge des tentative de suicide (étape 4) et pertinence des UHCD (étape 1). Une enquête de

En grande partie	satisfaction a été réalisée en 2013. Un COPIL chargé du suivi de la visite de certification, comprenant un usager, a nommé un référent chargé du critère de certification relatif aux urgences. La coordination et le suivi des actions engagées ne sont pas structurés à ce jour.
------------------	--

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Endoscopie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation

NA

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

NA

L'établissement a arrêté l'activité d'endoscopie depuis octobre 2013. Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

Oui

Les différents secteurs d'activité mettent en place et organisent la mise en œuvre des démarches EPP. Le déploiement des EPP est coordonné par la Commission EPP qui dispose d'un règlement intérieur validé en CME. Ce dernier définit les objectifs, l'organisation, les moyens et les outils d'évaluation.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément n'est pas applicable.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

NA

Au vu du contexte de l'établissement, cet élément n'est pas applicable.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	L'ensemble des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques mettent en œuvre des démarches EPP, à l'exception des secteurs de l'imagerie et de la périnatalité.
L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	L'engagement des professionnels dans les thématiques EPP est effectif. Chaque EPP comporte un référent EPP qui a constitué un groupe de travail pluriprofessionnel. Une grille de remplissage de l'EPP, commune à tout l'établissement et formalisée par la Commission EPP, est utilisée.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	Des actions de communication relatives aux démarches EPP sont réalisées par la Commission EPP : en CME, en COPIL de certification, en Directoire, en Conseil de surveillance, dans les comités concernés par les thématiques EPP.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	En grande partie	Les secteurs d'activités cliniques et médico-techniques mesurent l'impact des démarches EPP sur l'évolution de leurs pratiques selon les thématiques EPP qui les concernent. Cependant, seules quelques EPP en sont au stade d'amélioration des pratiques avec mesures d'impact.
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Partiellement	L'organisation mise en place pour le développement des EPP est d'installation récente (2013). Un bilan a été réalisé par la Commission EPP, mais ce dernier n'évoque que succinctement les mesures engagées pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP. Les secteurs d'activité évaluent l'état d'avancement de leurs EPP mais n'évaluent pas les organisations liées à leur démarche d'EPP.

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 08/01/2013 au 11/01/2013	Certification avec sursis	visite de suivi	12
Visite de suivi	du 01/07/2014 au 03/07/2014	Certification avec réserves	plan d'action	3

	Visite initiale	Visite de suivi
1.a (Valeurs, missions et stratégie de l'établissement)	Réserve	Réserve
1.b (Engagement dans le développement durable)	Recommandation	Recommandation
1.e (Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins)	Réserve Majeure	Décision levée
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Réserve Majeure	Décision levée
1.g (Développement d'une culture qualité et sécurité)	Recommandation	Recommandation
2.e (Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement)	Recommandation	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve Majeure	Recommandation
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Réserve Majeure	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve Majeure	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
25.a (Prise en charge des urgences et des soins non programmés)	Recommandation	Recommandation
26.b (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) - Endoscopie	Recommandation	Décision levée

	Visite initiale	Visite de suivi
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
3.c (Santé et sécurité au travail)	Recommandation	Décision levée
3.d (Qualité de vie au travail)	Réserve Majeure	Décision levée
4.b (Amélioration de l'efficience)	Réserve	Réserve
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Réserve	Recommandation
8.c (Obligations légales et réglementaires)	Réserve Majeure	Recommandation
8.d (Evaluations des risques à priori)	Recommandation	Recommandation
8.i (Vigilances et veille sanitaire)	Recommandation	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps. Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 1.a. Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Problématique:

E1 - La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été élaborée. Elle a fait l'objet d'une validation en CME le 25 juin 2014, ainsi que d'une présentation en Conseil de surveillance le 27 juin 2014. Le futur projet médical est en cours de réflexion : les orientations du projet de pôle "médecine" ont été définies en interne, elles n'ont pas à ce stade bénéficié d'une validation des instances ni de l'ARS. Le projet de pôle "urgences-médicotechnique" n'est pas formalisé. Dans le cadre de l'élaboration de son nouveau CPOM 2013-2017, l'établissement a défini quatre orientations stratégiques en concertation avec l'ARS. Ce CPOM, à l'état de projet, n'est pas encore finalisé. L'établissement ne dispose pas encore d'un projet d'établissement validé. Le futur projet d'établissement est en cours de rédaction.

La stratégie de l'établissement est en cours de réflexion, à travers un début d'élaboration du nouveau projet médical. Ce projet, en cours de rédaction, prend en compte les besoins de la population. Il n'a pas encore bénéficié d'une validation institutionnelle ni d'une approbation de l'ARS.

Les valeurs et missions de l'établissement sont en cours de définition à l'occasion de la réflexion menée sur le futur projet médical. Ces éléments n'ont pas à ce jour été validés par les instances ni par l'ARS.

E2 - La seule politique institutionnelle finalisée à ce jour est la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, récemment présentée aux instances (Directoire du 13 juin, CME du 25 juin, Conseil de surveillance du 27 juin 2014), et qui fait l'objet d'un début de déclinaison. Les autres orientations stratégiques (ressources humaines, système d'information, projet de gestion, ...) n'étant pas déterminées, les politiques afférentes ne peuvent être déclinées en cohérence avec ces orientations, qui ne sont ni rédigées ni validées.

Dans le cadre de la réécriture de son projet médical, l'établissement étudie la mise en place de partenariats. Ces derniers sont inscrits dans le projet de CPOM en lien avec la logique territoriale, mais ne sont pas à ce stade effectifs ni validés par les instances et l'ARS.

La définition des axes relatifs au futur projet médical, en lien avec le projet de pôle médecine, fait l'objet d'une concertation interne et d'une communication au sein des équipes concernées. En dehors de ces aspects et en l'absence de formalisation aboutie de ses orientations stratégiques, l'établissement n'a pas communiqué ses valeurs et missions au public et aux professionnels.

E3 - Les orientations stratégiques sont en cours de rédaction et font l'objet d'un suivi de l'ARS dans leur définition. En l'absence de CPOM validé et de projet d'établissement finalisé, elles ne peuvent faire l'objet d'un suivi global.

L'établissement n'a pas réalisé d'évaluations de ses orientations stratégiques antérieures.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définition et validation des orientations stratégiques pour les établissements CH Hirson, Le Nouvion en Thiérache, Vervins en cohérence avec les orientations stratégiques de la CHT Aisne Nord Haute Somme. Définition des projets de pôle Finalisation et validation du projet médical Mise en place d'un système d'évaluation des orientations stratégiques.	Réponse au critère 1.a. Déploiement du projet d'établissement commun et des politiques Déploiement du projet médical Suivi des évaluations des orientations stratégiques

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. TREPANT - Mme TATINCLAUX	Equipe de Direction CME Chefs de Pôles	Cadre de santé Personnel paramédical Secrétariat

Echéancier de réalisation :

Adhésion à la CHT Aisne Nord Haute Somme - 17 Juin 2014 Définition des projets de pôles - 30 juin 2015 Définition et validation du projet médical - 1er septembre 2015 Définition et validation des orientations stratégiques - 31 décembre 2015 Mise en place d'un système d'évaluation des orientations stratégiques - 30 juin 2016

Modalités d'évaluation :

Évaluation par l'ARS et en interne

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Présentation de l'avancée des projets Suivi effectué par l'ARS Tableaux de bord financiers
--

Tableaux de bord de services
Evaluation interne

Validation institutionnelle:

CME - Directoire - Conseil de Surveillance

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015
Prochain Conseil de Surveillance - 11/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 1.b. Engagement dans le développement durable

Problématique:

E1 - L'établissement a consulté trois prestataires externes pour obtenir des devis afin de faire réaliser un diagnostic "développement durable". A ce jour, aucun prestataire n'a été retenu pour cette mission et l'établissement n'a pas débuté la mise en oeuvre de ce diagnostic.
L'établissement est en cours d'élaboration de ses orientations stratégiques. A ce jour, aucun volet relatif au développement durable n'a été formalisé dans les axes stratégiques institutionnels.

E2 - Plusieurs actions liées au développement durable sont déclinées sur des axes environnementaux et économiques : recyclage du papier, maîtrise des consommations d'énergie, tri sélectif, projets architecturaux, ... Ces actions, qui ne relèvent pas d'une stratégie ni d'une politique définie, ne figurent pas dans un programme pluriannuel formalisé ni planifié.
Quelques actions ponctuelles sont menées en interne et peuvent à cette occasion générer une sensibilisation du personnel : recyclage des documents papier ayant donné lieu à une information des services, nouvelle procédure de tri des déchets, affiche de sensibilisation contre le gaspillage alimentaire au self des personnels par exemple. En l'absence d'une politique "développement durable" et d'objectifs définis, l'établissement n'a pas mis en oeuvre de dispositif de communication ni de sensibilisation en interne sur le développement durable et ses objectifs.
En l'absence de définition d'objectifs institutionnels liés au développement durable, l'établissement n'a pas mis en oeuvre d'actions de communication sur ce thème envers les acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.

E3 - En l'absence de programme pluriannuel formalisé, l'établissement ne peut en assurer un suivi et un réajustement à périodicité régulière.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Définition et validation des orientations stratégiques pour les établissements CH Hirson, Le Nouvion en Thiérache, Vervins en cohérence avec les orientations stratégiques de la CHT Aisne Nord Haute Somme.	Mise en place du Diagnostic Développement Durable Mise en place d'un programme pluriannuel Développement Durable

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
M. Lowe - Responsable ELT	M. Lion - Responsable Service Technique Service Technique	Service Qualité Gestion des Risques Service Ressources Humaines Direction

Echéancier de réalisation :

Définition et validation des orientations stratégiques - 31 décembre 2015
 Mise en place du Diagnostic Développement Durable - 31/03/2015
 Mise en place du programme pluriannuel Développement Durable - 1er septembre 2015

Modalités d'évaluation :

Compte rendu du CoDIR

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Tableaux de bord Economat
 Suivi du futur programme pluriannuel Développement Durable

Validation institutionnelle:

CoDIR

Planification des revues de projet:

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponses au critère 1.g. Développement d'une culture Qualité et Sécurité

Problématique:

E1 - L'établissement a souhaité sensibiliser les professionnels à la démarche qualité / sécurité des soins. Les résultats de la visite de certification ont été diffusés et affichés ainsi que les résultats des indicateurs nationaux QUALHAS et ceux relatifs aux infections nosocomiales. Un Comité de pilotage(COPIL) en charge de la certification et de son suivi a été organisé en Septembre 2013. Il comprend des membres de la Direction dont la Direction des soins, des représentants médicaux, des personnels d'encadrement, le responsable qualité ainsi qu'un représentant des usagers. Un référent par critère du rapport de certification ayant une réserve ou une recommandation a été désigné et des groupes de travail constitués. Le COPIL s'est réuni trimestriellement pour suivre l'avancée des améliorations. Le programme d'action qualité 2011-2015 (PAQSS) a été réactualisé. Toutefois, cette stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels n'est pas formalisée et structurée dans un projet d'établissement, ou projet de pôle incluant des démarches qualité et sécurité des soins.

E2 - La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est de validation et formalisation récentes (juin 2014). Cette politique a été diffusée en CME, Conseil de surveillance, Directoire. L'encadrement a fait une information aux professionnels en juin 2014. Cette politique, d'élaboration récente, n'a pas donné lieu pour l'instant à une information périodique et organisée sur sa mise en oeuvre ainsi que sur son évolution. Les résultats de la visite de certification ont été diffusés par voie d'affichage ainsi que les indicateurs nationaux QUALHAS et les indicateurs relatifs aux infections nosocomiales. Des informations sur la politique qualité et gestion des risques associés aux soins sont inscrites dans le livret d'accueil du patient. Cependant, aucune réunion institutionnelle, activité, journée dédiée sur les thèmes qualité et sécurité des soins n'a été organisée dans l'établissement.

E3 - Une fois par an, le PAQSS et la Politique Qualité de l'établissement sont présentés aux instances compétentes (CME, Directoire, Conseil de surveillance). Toutefois, la politique qualité et le Programme d'actions Qualité de l'établissement sont de validation trop récentes (juin 2014) pour que ses ajustements et modifications aient fait l'objet d'un suivi par les instances.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Refonte de la politique Qualité Sécurité des Soins en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement Pérenniser le COPIL Qualité Définir la stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels Communiquer sur la mise en oeuvre de la démarche Qualité Sécurité des Soins Mise en place d'un suivi de l'efficacité des actions Qualité du PAQSS	Réponse au critère 1.g. Mise en place d'un COPIL pour les 3 établissements CH Hirson, Le Nouvion en Thiérache, Vervins Déployer une stratégie de sensibilisation et d'implications des professionnels Déploiement de la Politique Qualité Sécurité des Soins

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Debourse - Président de CME	Direction Service Qualité Gestion des Risques Chef de Pôle	Cadre de Santé Personnel de l'établissement

Echéancier de réalisation :

COPIL Qualité Sécurité des Soins - Juin 2015
 Définition et validation des projets de pôles - 1er septembre 2015
 Définition et validation des orientations stratégiques - 31 décembre 2015
 Refonte de la politique Qualité Sécurité des Soins - 31 décembre 2015
 Relance du journal interne - 1er Septembre 2015
 Mise en place de sessions d'intégration des nouveaux arrivants - 30 Juin 2015

Modalités d'évaluation :

Suivi du PAQSS

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Évaluation du PAQSS
 Suivi par le CoDIR et COPIL Qualité Sécurité des Soins

Validation institutionnelle:

CoDIR
 CME
 CHSCT
 CTE
 Conseil de Surveillance

Planification des revues de projet:

Prochain CoDIR - 16/04/2015

Prochaine CME - 02/06/2015

Prochain Directoire - 02/06/2015

Prochain Conseil de Surveillance - 11/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 2.e. Indicateurs, tableaux de bord et pilotage d'établissement

Problématique:

E1 - La Direction dispose de tableaux de bord financiers dans le cadre du suivi de l'exécution budgétaire. Les cadres de Direction sont destinataires d'un tableau de bord journalier de l'activité des services, émis par le bureau des entrées. Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont abordés à échéance annuelle lors de l'élaboration du bilan social. Les indicateurs qualité sont composés du recueil des IPAQSS qui a lieu tous les deux ans et des indicateurs recueillis dans le cadre de deux EPP. La Direction ne dispose pas de tableaux de bord reprenant l'ensemble de ces éléments mais de tableaux de bord distincts émanant de plusieurs sources et services. Le responsable en charge du contrôle de gestion a réalisé des projets de tableaux de bord qui ne sont actuellement pas diffusés, les destinataires et la périodicité de diffusion n'étant pas définis à ce stade de la réflexion. Les services disposent par voie d'affichage des indicateurs qualité issus des EPP relatives au risque dénutrition et aux escarres. Des tableaux de bord comprenant des données d'activité (DMS, taux d'occupation) sont transmis mensuellement aux responsables des unités de soins (chefs de services et cadres de santé). Ces tableaux ne comportent pas d'indicateurs de ressources humaines ni d'éléments financiers, ni d'indicateurs qualité. La stratégie de communication des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers est actuellement en cours de réflexion.

E2 - Les tableaux de bord relatifs à l'EPRD sont présentés annuellement aux instances (Conseil de surveillance, CME, Directoire). Les indicateurs liés aux ressources humaines sont présentés aux instances dans le cadre du Bilan social annuel (CHSCT, CTE, CME). Les indicateurs qualité (IPAQSS et indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales) ont été présentés pour information au Conseil de surveillance le 27 juin 2014. Les questions relatives aux finances et à l'activité peuvent faire l'objet de discussions en Directoire et en Conseil de surveillance. Toutefois, les tableaux de bord relatifs aux ressources humaines et à la qualité ne sont pas examinés de façon infra annuelle au sein des instances et des réunions de Direction.

E3 - Les orientations stratégiques de l'établissement ne sont pas formalisées à ce jour, à l'exception de la politique qualité - sécurité des soins. Le CPOM est en cours d'écriture, en lien avec l'ARS. Un Plan Pluriannuel d'Investissement et un plan de retour à l'équilibre sont en cours de rédaction. Les réflexions en cours s'appuient sur les indicateurs disponibles, même en l'absence d'une stratégie d'établissement clairement arrêtée à ce jour.
L'établissement ne diligente pas d'analyse comparative de ses résultats en interne ou par rapport à des structures similaires.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Mise en place des tableaux de bord de suivi des services Mise en place des tableaux de bord de suivi Contrôle de gestion Mise en place de tableaux de bord Ressources Humaines	Réponse au critère 2.e. Suivi des activités des services et des ressources humaines par la Direction et la CME Communication dans les services

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Direction - CME	Service Finances Service ELT Service Qualité Gestion des Risques Service RH	Cadre de santé Personnel administratif

Echéancier de réalisation :

Mise en place des tableaux de bord de suivi des services de soins et logistiques travaux - Septembre 2014 - en place
 Mise en place des tableaux de bord de suivi Contrôle de gestion - 2e semestre 2015
 Mise en place des tableaux de bord de suivi Ressources Humaines - 1er semestre 2015

Modalités d'évaluation :

Réévalué chaque trimestre par le CoDIR et Coopil Qualité Sécurité des Soins

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Bilan Social effectué chaque année
 Réunion CoDIR et Copil

Validation institutionnelle:

CoDIR - CME

Planification des revues de projet:

Prochaine CoDIR - 16/04/2015
Prochaine CME - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 4.b. Amélioration de l'efficience

Problematique:

E1 - Un plan de retour à l'équilibre, portant les objectifs d'amélioration de l'efficience des organisations de l'établissement, est en cours de formalisation. Toutefois, ce Plan n'est pas encore finalisé et n'a pas encore bénéficié d'une validation de l'ARS.

E2 - L'établissement a mené des audits organisationnels sur les processus logistiques relatifs à la restauration et à la blanchisserie. Par ailleurs une étude des coûts a été menée sur les analyses de laboratoire. Toutefois, l'établissement n'a pas encore conduit d'études ou d'audits sur les processus de soins en terme d'efficience de ses organisations et ne dispose d'aucune cartographie ni formalisation de ces processus.

E3 - Les audits menés sur les processus logistiques ont conduit à des actions d'amélioration : changement des tenues des personnels, création de documents de traçabilité, mise en place de formations à la maintenance préventive des chariots repas notamment. Toutefois, les actions correctives engagées ne sont pas retranscrites dans le PAQSS institutionnel et ne concernent que quelques processus.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Formalisation de la cartographie des processus Formalisation de la cartographie des risques liés aux soins Remise en place de la Cellule Gestion des Risques Intégration des actions correctives engagées par les audits processus logisitiques dans le PAQSS	Suivi de la cartographie par la cellule Gestion des Risques Mise en place d'audits ciblés

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Debourse - Président de CME	Service Qualité Gestion des Risques Comité Vigilances CRUQPC	Cadre de Santé Personnels médicaux et paramédicaux Service ELT

Echéancier de réalisation :

Formalisation de la cartographie des processus - Attente de validation de la CME - 02 Juin 2015
Formalisation de la cartographie des risques - en cours de réalisation - délai 31 décembre 2015
Intégration des actions correctives engagées par les audits dans le PAQSS - réalisé - septembre 2014

Modalités d'évaluation :

Réunion de la Cellule Gestion des Risques

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunion de la CME
Résultats d'audits
PAQSS

Validation institutionnelle:

CoDIR
CME
Conseil de Surveillance

Planification des revues de projet:

Prochaine réunion de CoDIR - 16/04/2015
Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Conseil de Surveillance - 11/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 8.a. Programme d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Problématique:

E1 - Ce programme prend en compte des actions issues de la réglementation, de l'analyse des événements indésirables, des éléments en lien avec la lutte contre les infections nosocomiales, la politique du médicament, les dispositifs de vigilance, l'analyse des plaintes et des réclamations, les EPP. Ce programme n'inclut pas les actions liées aux dysfonctionnements majeurs et récurrents, en l'absence notamment d'identification et de hiérarchisation des risques a priori. De nombreuses actions sont par ailleurs menées dans les services mais ne sont pas incluses dans le PAQSS : actions menées suite à l'audit du circuit du linge par exemple, ou du circuit restauration, ou de l'audit Archimède du circuit du médicament.

E2 - De façon générale, les secteurs d'activité ou les instances concernées mettent en oeuvre les actions qui relèvent de leurs compétences (CLAN, service économique, logistique et travaux, CLUD, ...). Un responsable, un secteur d'activité ou une instance sont nominativement désignés et un délai est fixé pour chaque action inscrite au PAQSS. Toutefois, certaines actions inscrites au PAQSS reposent sur des responsables qui ont quitté l'établissement.

E3 - La périodicité de révision du PAQSS n'est pas définie. Le responsable qualité récupère les compte-rendus des groupes de travail et des instances, puis incrémente le PAQSS des éléments en sa possession au vu de ces compte-rendus. Plusieurs actions non réalisées dans le délai initialement défini figurent encore dans le PAQSS sans que le délai de mise en oeuvre de l'action n'ait été révisé. Au vu de la désignation très récente d'un gestionnaire des risques associés aux soins (Président de CME désigné en CME le 25 juin 2014), les plans d'actions sont centralisés par le responsable qualité de façon "ascendante" sans que le PAQSS ne fasse l'objet d'un pilotage institutionnel efficace.

L'atteinte des objectifs du programme est mesurée par le responsable qualité, qui se renseigne auprès des référents pour connaître l'état des actions en cours. Cette mesure est indiquée sur le PAQSS par une lettre d'avancement pour chaque action (P, D, C ou A). Toutefois cette évaluation du PAQSS n'est pas structurée à une périodicité définie et la date d'évaluation de ce programme n'est pas mentionnée sur le document. L'établissement a déterminé en interne certains indicateurs de mesure (exemple : nombre de FEI sur le thème

concerné). Les indicateurs nationaux QUALHAS ont été utilisés comme indicateurs de suivi pour certaines actions en 2011 et 2012 ; cependant, ils n'ont pas été inscrits depuis 2012 comme indicateurs contribuant à l'évaluation du PAQSS.

Une fois par an, le PAQSS est présenté aux instances compétentes (CME, Directoire, Conseil de surveillance). Toutefois, les réajustements du programme ne sont pas débattus ou déterminés au sein de ces instances. Les réajustements éventuels du PAQSS sont en effet issus du recensement effectué par le responsable qualité sur les actions réalisées ou non dans les services. Ils ne résultent pas d'une politique institutionnelle de management de la qualité et de la sécurité des soins.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Déclinaison d'une politique institutionnelle de management de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Intégration des actions liées aux dysfonctionnements majeurs et récurrents dans le PAQSS Intégration des actions liées aux audits effectués dans le PAQSS Définition d'une périodicité de revue du PAQSS Détermination des réajustements du PAQSS par les instances	Réponse au critère 8.a. Alimentation du PAQSS par les instances et la Direction. Évaluation périodique du PAQSS

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Debourse	CoDIR Directoire Conseil de Surveillance Comité Gestion des Risques Service Qualité Gestion des Risques Chefs de Pole Comités Vigilances	Tout personnel concerné par les actions éventuelles

Echéancier de réalisation :

Définition de la Politique Institutionnelle de management de la Qualité et de la Sécurité des Soins Définition de la périodicité de revue du PAQSS - CoDIR du 16/04/2015 Alimentation du PAQSS par les instances et la Direction - au fil de l'eau
--

Modalités d'évaluation :

CME

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Retour d'informations par le service Qualité dans les instances

Validation institutionnelle:

CME - Directoire - Conseil de Surveillance

Planification des revues de projet:

Prochain CoDIR - 16/04/2015
Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015
Prochain Conseil de Surveillance - 11/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 8.c. Obligations légales et réglementaires

Problématique:

E1 - Faisant suite aux contrôles internes et externes, la Direction arbitre les actions à réaliser en fonction du degré de risque encouru et des aspects sécuritaires qui en découlent, dans la limite des potentialités budgétaires. Dans le cadre de l'élaboration du futur Plan Pluriannuel d'Investissement, la Direction envisage d'inscrire une programmation des actions à mettre en oeuvre. Toutefois, ces actions ne sont pas retranscrites dans un plan de priorisation formalisé prenant en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

E2 - La Direction met en oeuvre les actions consécutives aux recommandations formulées dans le cadre des contrôles et inspections réglementaires (gestion de l'eau, sécurité incendie, ...) en fonction des risques encourus. Néanmoins, il n'existe pas de plan de priorisation formalisé.

E3 - La Direction prend acte des non conformités à l'occasion de la réception des rapports d'études, d'audits, d'inspections et de contrôles. En l'absence de plan priorisé visant au traitement de ces non conformités, le suivi des actions mises en place est réalisé au coup par coup via la réception des factures afférentes, sans qu'une organisation de ce suivi ne soit structurée.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Etablissement de la base réglementaire Définition d'une organisation du suivi des obligations légales et réglementaires, des règles de priorisation Mise en place d'un plan de priorisation formalisé	Suivi des actions correctives et/ou préventives liés aux évolutions légales et réglementaires

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Mme Tatinclaux	Service Qualité Gestion des Risques Référénts vigilances CME Référént Sécurité et Incendie	Cadre de Santé Personnel médical et paramédical

Echéancier de réalisation :

Définition d'une organisation de Suivi - Juin 2016
Définition des règles de priorisation - Juin 2016
Etablissement de la base réglementaire - 31 décembre 2016
Suivi du plan de priorisation - 31 décembre 2016

Modalités d'évaluation :

–

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi des résultats d'audits
Suivi des résultats de contrôles
Suivi du plan de priorisation

Validation institutionnelle:

CoDIR - CME

Planification des revues de projet:

Prochain CoDIR - 16/04/2015
Prochaine CME - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 8.d. Evaluations des risques a priori

Problematique:

E1 - En matière de risque a priori, l'établissement a réalisé l'actualisation du recensement des risques professionnels, dans le cadre du document unique. En dehors de cette démarche, l'établissement n'a pas mis en oeuvre d'évaluation des risques dans les secteurs d'activité et aucune cartographie des risques liés aux soins n'a été réalisée. Les risques professionnels sont hiérarchisés selon une méthode définie (AMDEC). Aucune autre hiérarchisation des risques n'est en place, en l'absence d'évaluation des risques liés aux soins.

E2 - Sur des initiatives ponctuelles, certaines actions de prévention des risques liés aux soins sont mises en oeuvre, telles la prévention du risque de troubles du rythme liés à la prise de méthadone, la mise en place de formations thématiques sur le circuit du médicament, ou encore des actions ciblées sur la prévention des erreurs d'identité. Toutefois, ces actions ne sont pas structurées ni hiérarchisées, en l'absence d'une évaluation formalisée des risques liées aux soins. Le responsable qualité est la seule personne de l'établissement formée à la méthode d'analyse des risques a priori, les formations prévues en 2013 sur ce thème n'ont pas été délivrées.

E3 - Le suivi de la mise en oeuvre des actions de réduction des risques professionnels est fixé à échéance annuelle. En dehors de ces éléments, il n'y a pas de périodicité définie pour le suivi des actions menées pour ce qui relève des risques liés aux soins, ces actions restant ponctuelles et n'étant pas retranscrites dans le PAQSS institutionnel. L'établissement n'a pas mis en oeuvre de mesure de l'efficacité des actions menées excepté dans le secteur du laboratoire.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Mise à jour de la procédure de hiérarchisation des risques Formalisation et validation de la cartographie des processus de l'établissement Formalisation et validation de la cartographie des risques associés aux soins Formalisation de la description des processus Définition de la périodicité de révision de la cartographie Formation du gestionnaire des risques de l'établissement (Président de CME)	Suivi du plan d'actions d'amélioration des risques associés aux soins et mise à jour de la cartographie établie de façon périodique

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Debourse - Président de CME - Gestionnaire des Risques	Direction Service Qualité Gestion des Risques CME	Personnel médical et paramédical

Echéancier de réalisation :

Mise à jour de la procédure de hiérarchisation des risques - effectuée le 13/03/2015
 Formalisation de la cartographie des processus de l'établissement - effectuée le 13/03/2015
 Validation de la cartographie des processus de l'établissement - CoDIR le 16/04/2015
 Formalisation du processus "Prise en charge en consultation Addictologie" - effectuée le 13/03/2015 en cours de validation
 Formalisation de la description des processus et de la cartographie des risques en cours de réalisation - délai décembre 2015
 Définition de la périodicité de révision de la cartographie - décembre 2015
 Formation du gestionnaire des risques de l'établissement - décembre 2016

Modalités d'évaluation :

--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunion CME
 CoDIR
 Directoire
 Suivi du Plan d'actions Qualité Sécurité des Soins

Validation institutionnelle:

Directoire
 CoDIR
 CME

Planification des revues de projet:

Prochain CoDIR - 16/04/2015

Prochaine CME - 02/06/2015

Prochain Directoire - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 8.i. Vigilances et veille sanitaire

Problématique:

E1 - Une procédure de gestion de la veille réglementaire, sanitaire et des alertes a été rédigée et validée le 13 juin 2014. Cette procédure inclut une liste de référents "veille réglementaire et sanitaire" mais ne sont pas cités les référents radiovigilant et réactovigilant. L'organisation des alertes descendantes est formalisée mais les alertes ascendantes ne sont formalisées que pour la pharmacovigilance.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné lors de la CME du 25 juin 2014. A cette occasion, un organigramme de la gestion des risques associés aux soins a été validé, il prévoit une coordination des vigilances sous l'égide du Président de la CME. Au vu du caractère récent de ce dispositif, la coordination des vigilances en relation avec la qualité et la gestion des risques n'est pas encore effective.

Il n'y a pas de coordination organisée entre l'établissement et les structures régionales ou nationales de vigilance et de veille sanitaire.

E3 - Il n'y a pas de bilan réalisé à ce jour des vigilances et de la veille sanitaire.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Etablissement de la base de veille "Vigilances et Veille sanitaire" Formalisation de l'organisation des alertes ascendantes. Définition des référents radiovigilant et réactovigilant Mise en place d'une coordination des vigilances Organisation d'une coordination entre l'établissement et les structures régionales de vigilance et veille sanitaire. Formalisation des bilans des différentes vigilances	Réponse au critère 8.i. Etablissement d'un plan de suivi priorisé de la veille sanitaire et des vigilances

Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Debourse - Président de CME - Coordinateur GDR	Direction Service Qualité Gestion des Risques Référents vigilants	ARS

Echéancier de réalisation :

Etablissement de la base de veille "Vigilances et veille sanitaire" - 31 décembre 2016
Formalisation de l'organisation des alertes ascendantes - 30 juin 2015
Définition des référents radiovigilants et réactovigilants - 30 Juin 2015
Définition des règles de priorisations - 30 Juin 2016
Mise en place d'une coordination des vigilances - 30 Juin 2016

Modalités d'évaluation :

--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

CME
Suivi du plan établi

Validation institutionnelle:

CME
Directoire

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 20.a. Management de la PEC médicamenteuse du patient - SSR

Problematique:

E1 - La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée et validée récemment en CME (25 juin 2014). Elle est intégrée dans la politique "Qualité et gestion des risques" de l'établissement, validée au cours de la même instance. Elle comporte des objectifs formulés sous forme d'engagement de la part de la Direction d'une part et de la PUI d'autre part. La politique prend en compte : les actions de bon usage (CBUM), les décisions de la certification, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Cependant, il n'y a pas de manuel qualité formalisé. La description des processus et de leurs interactions n'est pas réalisée. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ou de l'audit du circuit du médicament (méthode Archimed) ne font pas l'objet d'un programme d'actions structuré. Il n'y a pas de responsable identifié du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet est planifié. Il fait partie du projet global d'informatisation du dossier patient mais n'est pas intégré dans un schéma directeur du système d'information, non défini à ce jour.

E2 - Deux actions de formation des professionnels au circuit du médicament, contenant un volet relatif à la prévention des erreurs médicamenteuses, ont été réalisées (une en décembre 2013 qui a concerné 6 IDE et 3 cadres de santé et une en mars 2014 qui a concerné 8 IDE et 1 cadre de santé). Un référent pharmaceutique en unité de soins (préparateur en pharmacie et infirmière référente) est identifié pour chaque service.

E3 - Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses, à la disposition des professionnels concernés. Une CREX est en place pour analyser de façon collective les erreurs médicamenteuses. Cependant les personnes déclarantes ne sont pas invitées à la CREX (déclaration anonyme) et il n'y a pas d'utilisation d'une méthode d'analyse systémique des causes profondes. La culture de la déclaration systématique des erreurs médicamenteuses n'est pas intégrée aux pratiques quotidiennes des professionnels. Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre mais ne sont pas suivies ni coordonnées dans un programme d'amélioration structuré. La rétroinformation des professionnels est assurée par les infirmières référente "Pharmacie" qui siègent à la CREX.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Formalisation d'un manuel Qualité Formalisation d'une description des processus Mise en place d'un plan d'actions structuré pour le suivi des erreurs médicamenteuses déclarées Déploiement du projet informatisé Développement des actions de formations Mise à jour du fonctionnement du CREX, et des méthodes de résolutions de problèmes utilisées	Réponse au critère 20.a. Assurer le suivi de l'ensemble des EM déclarées et les actions correctives correspondantes.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Laygnez - Pharmacien	Dr Carbonne - Pharmacien Préparatrices en pharmacie Référénts pharmacovigilance Membres du CREX, COMEDIMS	Direction Service Qualité Gestion des Risques Service ELT

Echéancier de réalisation :

Formalisation du manuel Qualité, y intégrant une description du processus Pharmacie - en cours de validation Mise en place d'un plan d'actions structuré pour le suivi des EM déclarées - 30 juin 2015 Déploiement du projet informatisé - en cours - 31 décembre 2015 Actions de formation - 31 décembre 2015

Modalités d'évaluation :

--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunion du CREX

Validation institutionnelle:

CME
Directoire

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 20.a. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient - Court séjour

Problématique:

E1 - La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée et validée récemment en CME (25 juin 2014). Elle est intégrée dans la politique "Qualité et gestion des risques" de l'établissement, validée au cours de la même instance. Elle comporte des objectifs formulés sous forme d'engagement de la part de la Direction d'une part et de la PUI d'autre part. La politique prend en compte : les actions de bon usage (CBUM), les décisions de la certification, la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles. Cependant, il n'y a pas de manuel qualité formalisé. La description des processus et de leurs interactions n'est pas réalisée. Les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses ou de l'audit du circuit du médicament (méthode Archimed) ne font pas l'objet d'un programme d'actions structuré. Il n'y a pas de responsable identifié du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement du projet est planifié. Il fait partie du projet global d'informatisation du dossier patient mais n'est pas intégré dans un schéma directeur du système d'information, non défini.

E2 - Deux actions de formation des professionnels au circuit du médicament, contenant un volet relatif à la prévention des erreurs médicamenteuses, ont été réalisées (une en décembre 2013 qui a concerné 6 IDE et 3 cadres de santé et une en mars 2014 qui a concerné 8 IDE et 1 cadre de santé). Un référent pharmaceutique en unité de soins (préparateur en pharmacie et infirmière référente) est identifié pour chaque service.

E3 - Il existe un dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses, à la disposition des professionnels concernés. Une CREX est en place pour analyser de façon collective les erreurs médicamenteuses. Cependant, les personnes déclarantes ne sont pas invitées à la CREX (déclaration anonyme) et il n'y a pas d'utilisation d'une méthode d'analyse systémique des causes profondes. La culture de la déclaration systématique des erreurs médicamenteuses n'est pas intégrée aux pratiques quotidiennes des professionnels. Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre mais ne sont pas suivies ni coordonnées dans un programme d'amélioration structuré. La rétroinformation des professionnels est assurée par les infirmières référente "Pharmacie" qui siègent à la CREX.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Formalisation d'un manuel Qualité Formalisation d'une description des processus Mise en place d'un plan d'actions structuré pour le suivi des erreurs médicamenteuses déclarées Déploiement du projet informatisé Développement des actions de formations Mise à jour du fonctionnement du CREX, et des méthodes de résolutions de problèmes utilisées	Réponse au critère 20.a. Assurer le suivi de l'ensemble des EM déclarées et les actions correctives correspondantes.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Laygnez - Pharmacien	Dr Carbonne - Pharmacien Préparatrices en pharmacie Référénts pharmacovigilance Membres du CREX, COMEDIMS	Direction Service Qualité Gestion des Risques Service ELT

Echéancier de réalisation :

Formalisation du manuel Qualité, y intégrant une description du processus Pharmacie - en cours de validation Mise en place d'un plan d'actions structuré pour le suivi des EM déclarées - 30 juin 2015 Déploiement du projet informatisé - en cours - 31 décembre 2015 Actions de formation - 31 décembre 2015

Modalités d'évaluation :

--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Réunion du CREX
Suivi du PAQSS, et du plan structuré

Validation institutionnelle:

CME
Directoire

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 20.a bis PEC médicamenteuse du patient - Court Séjour

Problématique:

E1 - L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient est effective mais différée dans le temps compte tenu de la pratique actuellement en vigueur (Photocopie de feuilles de prescription). Chaque fois que possible la pharmacie privilégie le conditionnement unitaire, dans le cas contraire, un ré-étiquetage des plaquettes est réalisé reprenant le nom, la date de péremption, le dosage et le numéro de lot permettant l'identification du médicament jusqu'au moment de l'administration. La réponse aux demandes urgentes de médicaments et l'optimisation des stocks à la PUI sont organisées. Cependant, la délivrance nominative des médicaments n'est pas mise en place et l'information et les conseils aux utilisateurs ne sont pas formalisés dans des documents structurés.

Les règles d'administration des médicaments sont connues des infirmières et mises en oeuvre bien qu'elles ne fassent pas l'objet d'un document de formalisation intégrant le Manuel Assurance Qualité. Les documents d'administration sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels. Les préparateurs en pharmacie référents ont en charge la gestion et le rangement des médicaments en fonction des dotations définies par service.

E2 - Compte-tenu de la valeur du critère «rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation» de l'indicateur «Tenue du dossier» et de sa valeur de 6% pour la campagne de recueil 2011. Les actions d'amélioration mises en place ont permis une évolution de la valeur de l'item.

Le déploiement de l'analyse pharmaceutique est effectif sur l'ensemble du traitement du patient mais l'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée par la pharmacienne de façon différée, à partir des photocopies des fiches de prescriptions médicamenteuses adressées quotidiennement à la PUI. La délivrance nominative n'est pas en place. Les situations prépondérantes nécessitant une information des patients sont identifiées : AVK et diabète. L'information donnée aux patients est structurée (objectif, cible, contenu, support). Elle est réalisée pendant l'hospitalisation et à la sortie du patient, elle est généralement tracée. En dehors des situations identifiées, l'information du patient n'est pas structurée, repose sur l'expérience infirmière et n'est pas tracée.

E3 - Un audit du circuit du médicament a été réalisé en juin 2013. Il a porté sur le relevé des non-conformités au regard de l'arrêté du 31/09/1999 et au référentiel HAS pour la totalité des traitements administrés le jour de l'audit. Un audit de la prise en charge médicamenteuse et en particulier de l'administration des médicaments, des armoires à pharmacie, des chariots d'urgence a été réalisé à partir de l'outil "Archimed". Des audits sont également menés dans le cadre des rapports d'étape du CBUM. Les actions correctrices afférentes sont mises en oeuvre sans faire l'objet d'un programme d'actions structuré (Pilote de l'action, échéance, suivi).

Une EPP est en cours de réalisation sur le thème de la pertinence des prescriptions AVK ainsi que sur la compréhension du patient au regard des informations sur son traitement. Les actions correctrices issues des différents audits sont mises en oeuvre. Toutefois, elles ne font pas l'objet d'une priorisation dans un programme d'actions structuré.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Mise en place de la délivrance nominative Formalisation des règles d'administration des médicaments Mise en place de l'analyse pharmaceutique non différée Mise en place de la traçabilité de l'information patient dans le dossier Mise en place d'un plan d'actions structuré et priorisé lié à l'audit du Circuit du Médicament (ARCHIMED)	Réponse au critère 20.a bis

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Laygnez - Pharmacien	Dr Carbonne - Pharmacien Membre du CREX	Service Qualité Gestion des Risques Direction Personnels médicaux et paramédicaux

Echéancier de réalisation :

Mise en place de la délivrance nominative - Décembre 2015 Formalisation des règles d'administration des médicaments (Manuel Qualité) - En cours de validation Mise en place de l'analyse pharmaceutique non différée (déploiement du DPI) - Décembre 2015 Mise en place de la traçabilité de l'information du patient dans le dossier (déploiement du DPI) - Décembre 2015 Mise en place d'un plan d'actions structuré et priorisé - Décembre 2015
--

Modalités d'évaluation :

--

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Suivi du plan d'actions CREX COMEDIMS

CME

Validation institutionnelle:

CME
Directoire

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Réponse au critère 25.a. PEC des urgences et soins non programmés

Problématique:

E1 - Depuis mai 2014, une nouvelle organisation du service des urgences a été mise en place avec l'appui de la Direction. Un chef de service provisoire a été nommé en mai 2014 ainsi qu'une infirmière faisant fonction de cadre de santé. Un projet de service est en cours de rédaction. Un règlement intérieur a été rédigé mais non validé par la CME du 25 Juin 2014, qui a souhaité y apporter des modifications. L'établissement n'a pas de projet d'établissement, ni de projet du pôle urgences-médicotechnique. Le CPOM a défini 4 orientations stratégiques mais n'est pas finalisé. Il existe des coopérations et des partenariats dans le réseau des urgences dont certaines sont formalisées : prises en charge des pathologies cardiaques, transports sanitaires secondaires, transports hélicoptés, relais SOS main. L'accueil des personnes vulnérables est organisée, et un dispositif PASS est en place. Des réunions de service sont organisées deux fois par semaine et tracées, mais il n'existe pas de commission des urgences. Des groupes de travail pluridisciplinaires sont en cours de rédaction de protocoles concernant la prise en charge des patients aux urgences, pour le SMUR et l'UHCD. Il existe une possibilité de recours aux différents spécialistes consultants dans l'établissement : chirurgien orthopédiste, urologue, cardiologue, ORL, pédiatre, diététicien, dermatologue, gériatre, en heures ouvrables, ainsi qu'avec des psychiatres d'une structure externe. Des recours aux autres spécialités sont possible pour la prise en charge des AVC, des IDM, de la neurochirurgie, de la maternité, de la réanimation, de la chirurgie, dans des structures du territoire de santé. Toutefois, ces recours ne sont pas formalisés par des conventions. Dans le projet de règlement intérieur des urgences, non validé à ce jour, sont définis l'accueil et la prise en charge des patients. Un organigramme décisionnel a été rédigé : il décrit le circuit du patient aux urgences, le tri des patients selon la typologie urgente ou non, le lien avec la radiologie et le laboratoire, les transferts intra ou extra muros. Des filières de soins adaptés à des populations spécifiques sont opérationnelles mais non formalisées. Par ailleurs, il n'existe pas de projet de service validé ni de projet de pôle urgence-médicotechnique.

E2 - Des formations IDE à l'accueil et à l'orientation des patients des urgences ont été réalisées par un organisme extérieur en 2014. Elles ont concerné 6 IDE sur 12.

E3 - Un audit des temps d'attente aux urgences a été réalisé en 2012 (analyse de 100 dossiers par mois) et durant une semaine en 2014. Toutefois, il n'y a pas de revue périodique de ces indicateurs.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements aux urgences sont formalisés par le biais des fiches d'évènements indésirables institutionnelles. Quelques déclarations d'évènements indésirables ont été réalisées en 2013 et un évènement indésirable grave a fait l'objet d'une réunion de la cellule de gestion des risques avec mise en place d'actions d'amélioration. Cependant, la culture de déclaration des évènements indésirables liés aux soins est peu développée dans le service des urgences et les quelques évènements indésirables signalés ne concernent pas les processus de soins.

Des groupes de travail pluriprofessionnels sont en train de rédiger des protocoles et procédures pour l'amélioration de la prise en charge des patients. Deux EPP sont en cours de réalisation : prise en charge des tentative de suicide (étape 4) et pertinence des UHCD (étape 1). Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2013. Un COPIL chargé du suivi de la visite de certification, comprenant un usager, a nommé un référent chargé du critère de certification relatif aux urgences. La coordination et le suivi des actions engagées ne sont pas structurés à ce jour.

Résultats attendus	
Objectifs intermédiaires	Objectifs ultimes
Validation du règlement intérieur du service des Urgences Définition et validations des orientations stratégiques pour les établissements CH Hirson, Le Nouvion en Thiérache, Vervins en cohérence avec les orientations stratégiques de la CHT Aisne Nord Haute Somme. Définition du projet de pole Urgences Finalisation et validation du projet médical Formalisation de protocoles médicaux sur la prise en charge aux Urgences, en SMUR, en UHCD Formalisation de conventions pour les recours aux spécialistes Formalisation des filières de soins (projet médical) Mesure et suivi du temps d'attente aux urgences Mesure de la satisfaction des usagers aux Urgences	Réponse au critère 25.a. Déploiement du projet médical et projet de pole Urgences

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Dr Natteau - Chef de Pole Urgences	Médecins Urgentistes Mme Gaudion - Cadre de Santé Urgences Direction	Service Qualité Gestion des Risques Coordonnateur GDR - CME Personnel paramédical

Echéancier de réalisation :

Validation du règlement intérieur des Urgences - ? Adhésion à la CHT Aisne Nord Haute Somme - 17 juin 2014 Définition et validation des projets médicaux et pôles - 1er septembre 2015 Définition et validation des orientations stratégiques - 31 décembre 2015 Mise en place d'un système d'évaluation des orientations stratégiques - 30 juin 2016 Formalisation de protocoles médicaux Urgences SMUR UHCD - en cours de réalisation Formalisation de convention pour les avis spécialisés - ? Formalisation des filières de soins - ? Mesure de la satisfaction des usagers - effectif - suivi par le service qualité gestion des risques (JCM) Mesure et suivi du temps d'attente aux Urgences - (JCM)
--

Modalités d'évaluation :

Mesure du suivi du temps d'attente aux Urgences
Mesure de la satisfaction des usagers
Nombre de réclamations usagers - FEI liés aux Urgences

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Tableaux de bord des Urgences
Suivi de la satisfaction des usagers

Validation institutionnelle:

CME
Directoire
Conseil de Surveillance

Planification des revues de projet:

Prochaine CME - 02/06/2015
Prochain Directoire - 02/06/2015
Prochain Conseil de Surveillance - 11/06/2015