



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
D'HIRSON - CHARLES
BRISSET**

40 rue aux loups
02500 HIRSON
JUN 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	33

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER BRISSET	
Adresse	40 rue aux loups 02500 HIRSON
Département / région	AISNE / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	020004495	CENTRE HOSPITALIER BRISSET D HIRSON	40 rue aux loups 02500 Hirson
Etablissement de santé	020001087	CENTRE HOSPITALIER BRISSET	40 rue aux loups 02500 HIRSON

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	50	2
SSR	SSR	30	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Direction commune avec le CH de Vervins et le Centre Hospitalier du Nouvion en Thiérache - 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	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Parcours du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques

Gestion du risque infectieux

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	H ou F personne âgée	Service de Médecine à orientation gériatrique	Pathologie gériatrique	urgences	1 patient pec en médecine après passage urgence	MCO
2	H ou F	SSR Polyvalent	Rééducation - Réadaptation post-traumatique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en convalescence	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

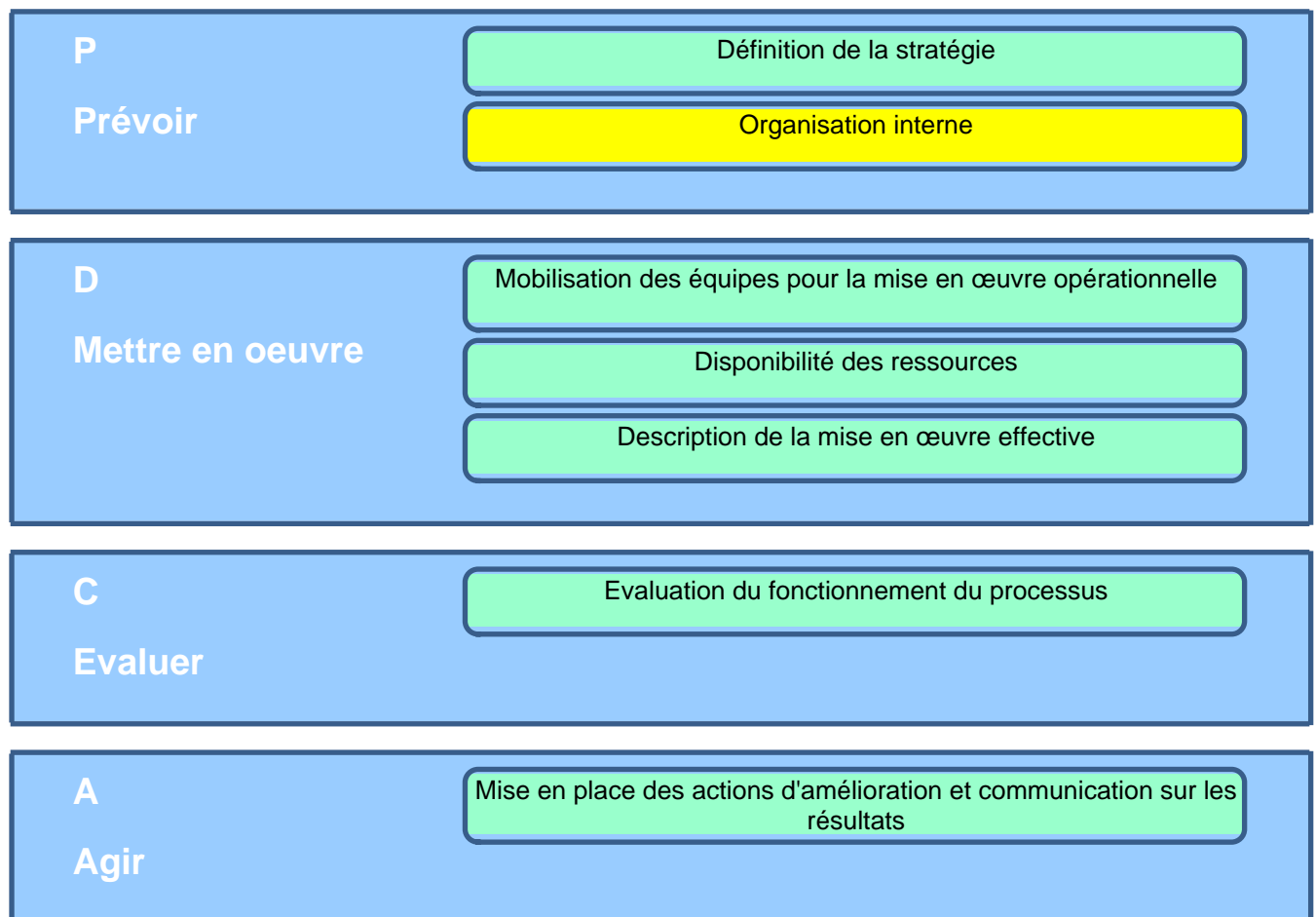
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé une politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins qui tient compte des exigences de la certification ainsi que des cartographies des risques établies par service. La politique est établie pour la période 2016 à 2018, du fait des changements engendrés par la déclinaison des projets partagés médicaux et d'établissements de la GHT Aisne Nord- Haute Somme, et la mise en place d'un "Contrat Qualité Médical" par le Président de CME.

10 objectifs sont définis au travers de cette politique notamment : améliorer la culture Qualité et Sécurité du patient, améliorer la prise en charge médicamenteuse, garantir les Droits du patient... La stratégie incluant la gestion de crise est également déclinée dans les différents projets. L'établissement a défini une stratégie comportant la définition d'une politique et d'objectifs déclinés en plan d'actions associés à des moyens nécessaires à leur mise en œuvre. Il a identifié ses besoins et analysé ses risques à partir de son historique ainsi que de l'analyse des événements indésirables, de l'analyse des plaintes et réclamations, des résultats des questionnaires de satisfaction, des différents audits, des besoins de la population, de la veille réglementaire. L'établissement a évalué ses risques à priori et à posteriori, les a hiérarchisés selon la méthodologie définie au sein de l'établissement permettant de définir des priorités d'amélioration, et a établi un plan d'actions formalisé dans son PAQSS, validé par les instances et repris pour partie dans son Compte Qualité, permettant une déclinaison opérationnelle de la politique au sein des différents secteurs.

ORGANISATION INTERNE

Le COPIL coordonne la démarche en lien avec la CME et la cellule qualité. Un coordonnateur de la GDR Associés aux soins, des pilotes (pharmacienne pour le médicament, responsable qualité pour les Droits des patients...) et référents pluriprofessionnels (IDES, AS) nommés par processus et chargés de la déclinaison effective dans les secteurs d'activité, confortent l'organisation. Leurs rôles et missions sont formalisés et connus des professionnels et portent notamment sur la sensibilisation et l'implication des professionnels dans les démarches Qualité et Sécurité des soins. Les pilotes s'assurent de l'existence des ressources en compétences, matérielles et documentaires nécessaires.

En interne le responsable qualité assure un apport méthodologique et participe à la sensibilisation et à la formation du personnel notamment sur le patient traceur. Une Gestion Électronique Documentaire est mise à disposition des professionnels. Elle comporte de nombreux protocoles, procédures, consignes. Le signalement des événements indésirables est formalisé et informatisé. Les instances (CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS...) assurent la mobilisation des compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion associée aux soins. Les procédures de gestion des plaintes et réclamations et de l'analyse de la satisfaction des usagers sont en place.

Les plans de crise ont été identifiés et sont analysés. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le pilotage opérationnel, les secteurs d'activités, les professionnels et les instances/comités, les usagers en lien avec la qualité. Néanmoins, le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité n'est pas organisé du fait de l'absence d'un tableau de bord d'indicateurs institutionnel. Les causes profondes des événements indésirables récurrents ne font pas l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. Les CREX et RMM sont peu développés, ni généralisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'Établissement a mis en œuvre une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins. Les responsables, et d'une manière plus générale l'ensemble des professionnels commencent à s'approprier les enjeux liés au management de la qualité et des risques. Le management de chaque secteur, en association avec les professionnels concernés, organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, ou sur le processus concerné, par des actions de communication et/ou d'informations régulières. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin identifié par les professionnels, et les résultats sont communiqués aux équipes. La participation des professionnels est recherchée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont effectives. Les personnels ont notamment été formés et/ou sensibilisés au signalement des événements indésirables et à l'utilisation de la G.E.D. La cellule qualité assure l'apport méthodologique et participe également à la sensibilisation et à

la formation du personnel. Les formations proposées aux plans de formation sont mises en œuvre. Une gestion documentaire informatisée est opérationnelle. Elle comporte l'ensemble des procédures, protocoles, consignes, nécessaires aux professionnels pour la prise en charge des patients ainsi que le signalement des EI. La mise à jour des documents et leur diffusion sont assurées par la cellule Qualité. Le parc informatique des services de soins permet à tous les professionnels d'accéder au système d'information: dossier patient, gestion documentaire... en temps voulu. En cas de panne, une procédure dégradée connue des professionnels est disponible. La déclaration des événements indésirables est informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management de la Qualité et de la Gestion des risques. Les plaintes et réclamations sont gérées par la direction et la cellule qualité. Elles sont systématiquement présentées en CDU. Les délais de réponses aux plaignants sont suivis. La gestion des EI est assurée par la cellule qualité qui en est systématiquement destinataire. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est effective. La CDU se réunit régulièrement. Elle dispose d'un règlement intérieur. Son fonctionnement est effectif. Elle est informée des EI, des plaintes et réclamations. Le taux de retour des questionnaires de satisfaction est suivi par la cellule qualité et les résultats sont diffusés. Le dispositif de gestion documentaire est connu et utilisé par les professionnels. La mise à jour de la documentation est opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés par le COPIL en lien avec les pilotes des différents processus sur la base d'indicateurs réglementaires et/ou internes, de l'analyse des événements indésirables, du questionnaire de satisfaction et de la réévaluation annuelle du PAQSS. La satisfaction des usagers est évaluée à partir des questionnaires de satisfaction. Les résultats sont communiqués aux professionnels et à la CDU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite à l'analyse des EI, des résultats d'audits, d'EPP ou suite aux plans d'actions recensées dans le PAQSS. L'établissement réexamine les risques significatifs issus des plans d'actions et détermine d'éventuelles actions complémentaires. Les actions complémentaires mises en œuvre sont intégrées au PAQSS et articulées avec le Compte Qualité. Il existe un dispositif de diffusion des résultats des évaluations et des actions d'amélioration via différents supports papier et/ou informatique (affichage, journal interne, GED...) les réunions de services, les différents référents. Les usagers sont informés des résultats des indicateurs via la CDU, le Conseil de Surveillance, le COPIL.

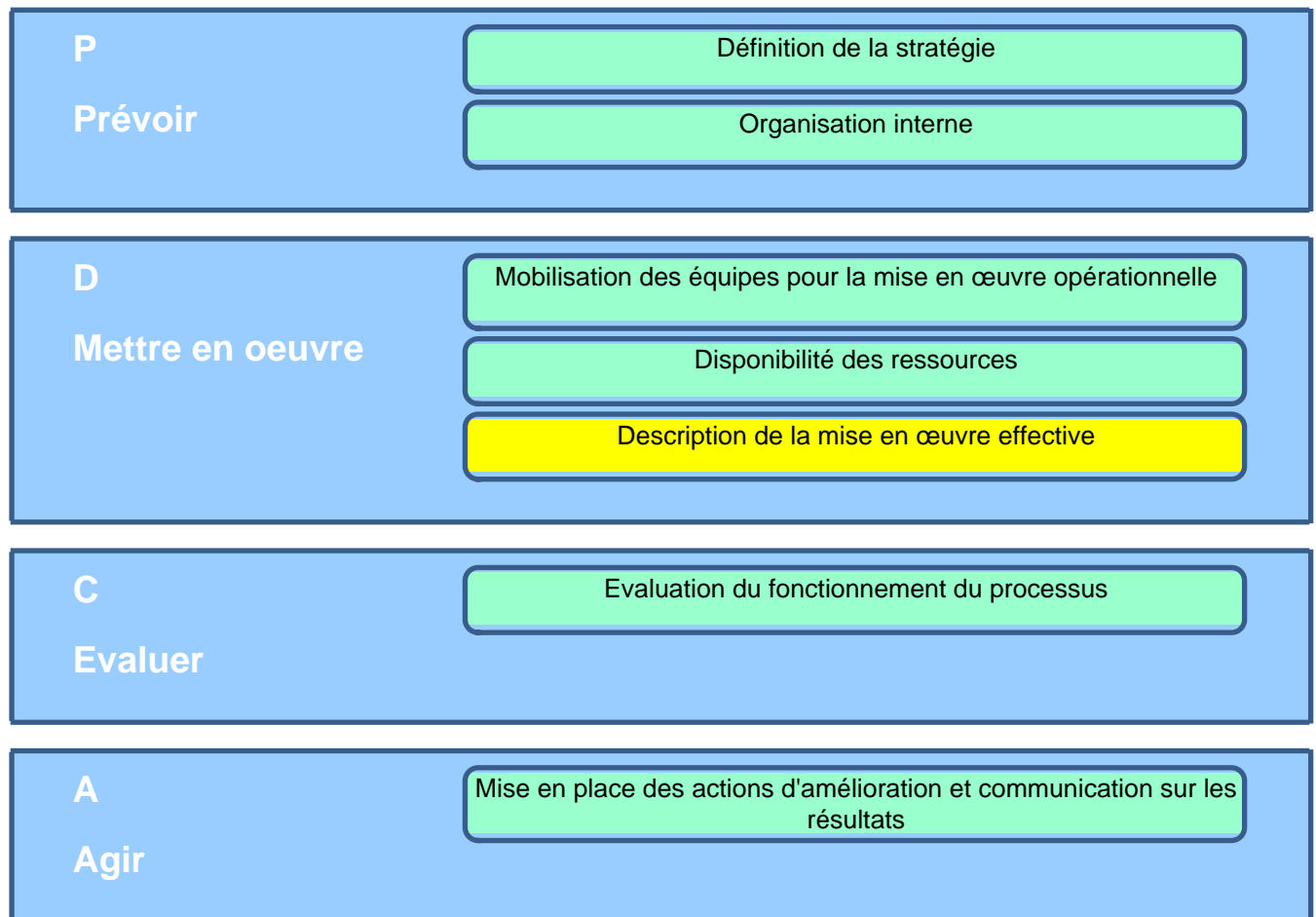
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Brisset a défini ses orientations stratégiques dans la gestion du risque infectieux dans la politique de gestion des risques de l'établissement. Il a recensé 8 risques dans le compte Qualité. Ces risques ont été identifiés à partir des décisions de la V2010, des indicateurs du BILANLIN, des audits internes. Cette analyse de risques a été réalisée avec les professionnels. La stratégie de gestion du risque infectieux est validée par la CME et le COPIL Gestion des Risques en concertation avec l'EOH. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le programme annuel est intégré au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier Brisset a établi une organisation pour piloter la gestion du risque infectieux. La structure choisie est l'EOH avec deux pilotes : une pharmacienne titulaire d'un DU d'hygiène et un cadre hygiéniste des 3 hôpitaux IN-HO-VE ; les fiches de poste des 2 pilotes ainsi que celui du référent antibiothérapie sont formalisées et validées par la CME. L'EOH a pour mission d'élaborer les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux et de mettre en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux. En outre elle organise la promotion pour le bon usage des antibiotiques. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines avec un plan de formation 2017 axé sur une formation des médecins sur l'antibiothérapie et une formation du personnel paramédical sur la prévention des infections liées aux soins. Les ressources matérielles et documentaires sont suffisantes, au regard de l'activité de l'établissement. La gestion documentaire informatisée début 2017 est organisée. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre l'EOH et les secteurs d'activité. Les conditions d'hygiène optimale des locaux sont organisés par l'EOH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables médicaux et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service sur le risque infectieux. Dans chaque service des référents Hygiène sont présents dans les 3 fonctions : IDE, AS, ASH. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures et protocoles sur le risque infectieux et informent les professionnels de leurs résultats des évaluations. Les professionnels des services sont formés régulièrement à l'hygiène : hygiène des mains, précautions standard, précautions complémentaires, le nettoyage des locaux... Les professionnels médicaux sont formés au bon usage des antibiotiques (plan de formation 2017) ; un référent médical antibiotique est désigné et connu des professionnels. L'EOH met en œuvre les procédures d'hygiène des locaux et veille à la bonne observance de ces procédures. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (baisse des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles avec des formations régulières par l'EOH, le réseau territorial Hygiène 3 St Quentin. Les ressources documentaires sont disponibles dans les services : GED du Centre et site gratuit CCLIN Paris Nord. Des supports papier tels que les plaquettes d'information à destination des familles et des patients sur l'isolement des patients sont disponibles. Des équipements et matériels tels que lave bassin nouvellement acquis en Médecine sont disponibles pour la réalisation de l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis par l'EOH pour la prise en charge du patient. Les circuits propre-sale sont respectés en particulier pour les ascenseurs ; les interfaces entre l'EOH et les services sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée par le DPI et des supports papier pour certaines activités comme le bio nettoyage. L'instance EOH est opérationnelle : Elle se réunit 3 fois par an avec production des procès verbaux accessibles dans les services. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est tracée dans le DPI. Cependant, les procédures de gestion des déchets sont partiellement mises en œuvre. Le local intermédiaire de stockage des DASRI en Médecine et en SSR est accessible (porte non fermée) au public (patient et son entourage) et les expose à un risque potentiel infectieux. L'établissement a présenté aux EV lors de la visite une nouvelle procédure avec un stockage des DASRI des services de Médecine et du SSR directement au local terminal des DASRI. Cette nouvelle procédure a

été mise en œuvre lors du dernier jour de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et le suivi de sa mise en œuvre : indicateurs du BILANLIN annuel dans l'établissement, bilan d'activité annuel de l'EOH, suivi du Compte Qualité et des 8 risques priorités. Il existe un tableau de suivi lors des COPIL Gestion des Risques qui se réunit tous les quadrimestres.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre : protocole BMR prioritaires et prise en charge, réactualisation des différentes procédures et protocoles sur les BMR, meilleure coordination entre le laboratoire de bactériologie, les services et l'EOH ; réévaluation de l'antibiothérapie avant la 72ème heure et traçabilité effective dans le DPI, usage systématique des cathéters sécurisés. Par ailleurs, la gestion documentaire informatisée facilite l'accès aux procédures et à la déclaration d'événements indésirables. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels lors des instances, des réunions de service et par les nombreux référents Hygiène des services. Les usagers sont informés régulièrement sur les différentes actions d'amélioration.

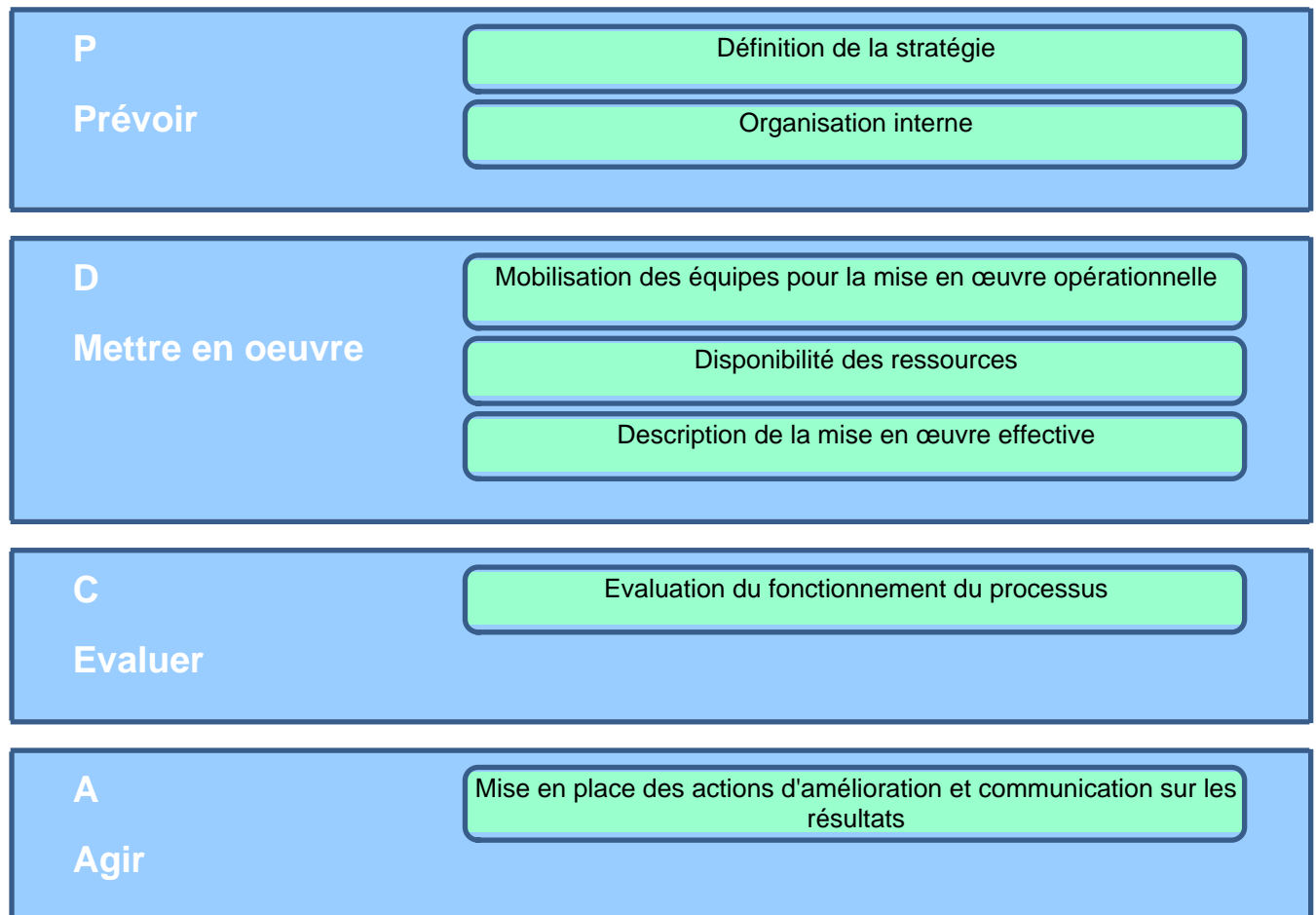
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié sa stratégie en matière de Droits des patients. Plus précisément dans sa politique d'amélioration de la Qualité et de la Gestion des risques. Il a défini des objectifs tels que : Garantir les Droits du patient par une identification des situations de maltraitance, une formation des personnels à la promotion de la bientraitance, un développement du signalement des situations de maltraitance et ou de risques... Les questionnaires de satisfaction, les résultats de la dernière certification, les EI, les audits internes ainsi que les cartographies des risques par service sont les sources utilisées pour identifier et analyser les besoins et risques. Les risques sont hiérarchisés selon la méthodologie définie au sein de l'établissement. Après validation des instances, les objectifs et actions prioritaires sont intégrés dans le PAQSS institutionnel et articulés avec le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par le COPIL en lien avec la CDU. Le responsable qualité et la cadre de santé du service de médecine assurent le pilotage opérationnel. Leurs missions sont identifiées, formalisées et connues des professionnels. L'établissement s'assure des moyens humains, matériels et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Une intégration au Comité d'Ethique du GHT Aisne Nord-Haute Somme a été demandée en janvier 2017 et est en cours de finalisation. Le suivi des plaintes et réclamations, de la satisfaction des patients, le suivi des événements indésirables en lien avec les droits des patients est organisé. Les modalités en cas de maltraitance sont définies et formalisées.

La composition et les missions de la CDU sont formalisées et affichées dans les services de soins. Les représentants des usagers présents dans la CDU sont également présents dans d'autres instances (CLIN, COPIL, Conseil de Surveillance). Les besoins en formation initiale et continue des professionnels concernés sont identifiés et des formations sont inscrites au plan de formation 2016-2017 (Prévention des chutes et sécurisation des personnes âgées, le Toucher "parole des mains", la Bientraitance, les Droits des étrangers, etc...). Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont organisées. Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place (informatisation de la gestion documentaire depuis janvier 2017). Les interfaces entre les patients, l'établissement et ses instances (CDU, COPIL, Direction) ont été définies. L'information des patients sur ses droits et sur la CDU est structurée au travers du livret d'accueil, de la charte de la personne hospitalisée, du document concernant l'existence et le fonctionnement de la CDU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé des services organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en fonction des spécificités de son activité, notamment en ce qui concerne la prise en charge, l'organisation et la mise en œuvre des pratiques. Des projets de soins intègrent des actions spécifiques qui relèvent des Droits des patients : directives anticipées, bientraitance, consentement, confidentialité des informations et respect des Droits des patients. La concertation et l'implication des équipes sont recherchées. Une sensibilisation régulière est menée par l'encadrement. Elle porte sur les problématiques identifiées : intimité, respect de la confidentialité, promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance. La mise en œuvre du respect des Droits des patients fait l'objet d'évaluations régulières (questionnaires de satisfaction, audit sur la Bientraitance, audit sur l'intimité). Les professionnels sont informés des résultats. Les cadres des services s'assurent de la conformité des pratiques. Des actions correctives immédiates sont mises en œuvre lorsqu'elles correspondent à des dysfonctionnements mineurs. Lorsque la situation le nécessite les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et éventuellement dans le Compte Qualité après validation des pilotes et de la cellule qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services. Des compétences internes sont mobilisables telles que assistantes sociales, diététicien, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue pour accompagner les patients, leur entourage dans les situations qui le nécessitent. Des formations sont mises en œuvre en interne à l'attention des soignants et des nouveaux arrivants. Les formations et les actions de sensibilisation portent sur les Droits des patients (Bientraitance, Humanitude, Droits des étrangers, etc...). Toutefois, les professionnels rencontrés dans les différents services n'ont pas été formés sur la démarche d'information d'un patient en cas de dommage lié aux soins. Ils n'ont pas connaissance de la procédure formalisée et accessible dans la GED et n'ont pas été formés à la démarche. L'ensemble des documents, procédures et protocoles relevant des Droits des patients (livret d'accueil, charte de la personne

hospitalisée, formulaires et procédure d'information et de désignation de la personne de confiance, de restriction de libertés individuelles, de gestion des plaintes et réclamation, d'accès au dossier, des directives anticipées, de la mise en place d'une contention, d'information en cas de dommage liés aux soins) est disponible dans la gestion documentaire informatisée. Les documents d'information des patients (droits, missions de la CDU) sont disponibles sous différentes formes (livret d'accueil, affichage de la charte de la personne hospitalisée, affichage des informations concernant la CDU, plaquettes d'information en cas de décès, d'accompagnement social, questionnaires de satisfaction). Il existe des rideaux de séparation dans les chambres doubles. Un salon de convivialité est disponible dans chaque service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le respect effectif des Droits des patients. L'information du patient est assurée lors de la remise du livret d'accueil à l'admission. Il comporte des informations sur la prise en charge de la douleur, la charte de la personne hospitalisée, l'accès du patient à son dossier, les directives anticipées, le consentement éclairé aux soins, l'hygiène... Le recueil de la personne de confiance dans le service de médecine n'est pas systématiquement retrouvé dans le dossier du patient. Lors du patient traceur, il a été constaté que le recueil de la personne de confiance n'était signé ni par le patient ni par la personne désignée. L'information donnée au patient sur son état de santé est tracée dans le dossier, le consentement éclairé du patient est recherché. La participation du patient à la mise en œuvre de son projet personnalisé de soins est recherchée. L'entourage du patient bénéficie d'un accueil personnalisé et d'un soutien dans les situations qui le nécessitent. Le plaignant est informé des suites données à sa plainte ou réclamation et des éventuelles actions correctives mises en œuvre. Le respect des libertés individuelles est intégré dans les pratiques. Les modalités de prise en charge intègrent également l'intimité, la dignité et le respect de la confidentialité. La contention fait l'objet d'une prescription limitée dans le temps et d'une réévaluation quotidienne. Les majeurs protégés font l'objet d'une prise en charge spécifique. Les acteurs sont associés dans la mise en œuvre du respect des Droits des patients et aux actions de prévention de la Bienveillance. Les modalités de signalement de la maltraitance sont effectives. Les interfaces entre services sont opérationnelles. La traçabilité des actions est assurée dans les dossiers des patients. Les nouveaux arrivants sont informés des dispositions mises en place sur les Droits des patients. La CDU est opérationnelle. Des comptes rendus sont élaborés. L'analyse des plaintes et réclamations est effectuée en CDU, ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction et des demandes de dossiers.

Cependant des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins ne sont pas menées; les professionnels ne mettent pas en œuvre cette démarche. Les professionnels rencontrés dans les différents services n'ont pas connaissance de la procédure formalisée et accessible dans la GED sur l'information d'un patient en cas de dommage lié aux soins et n'ont pas été formés à la démarche.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi du respect des Droits des patients, de sa satisfaction sur la base d'indicateurs qualité tel que le recueil de la satisfaction des patients au travers du questionnaire de satisfaction. L'établissement suit les IQSS, le taux de satisfaction des patients, le nombre de médiations, le nombre de plaintes et réclamations... Des actions d'évaluations ont été conduites: audit sur l'intimité du patient, audit Bienveillance.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont le résultat des actions d'évaluation et du suivi des indicateurs. Elles sont suivies par le COPIL et la CDU et peuvent donner lieu à des actions complémentaires. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées au programme d'actions institutionnel. Une communication des résultats et des actions est réalisée en interne auprès des professionnels (réunions de services, journal interne, affichage); en CDU, auprès des usagers (au moyen du livret d'accueil, affichage dans les services).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

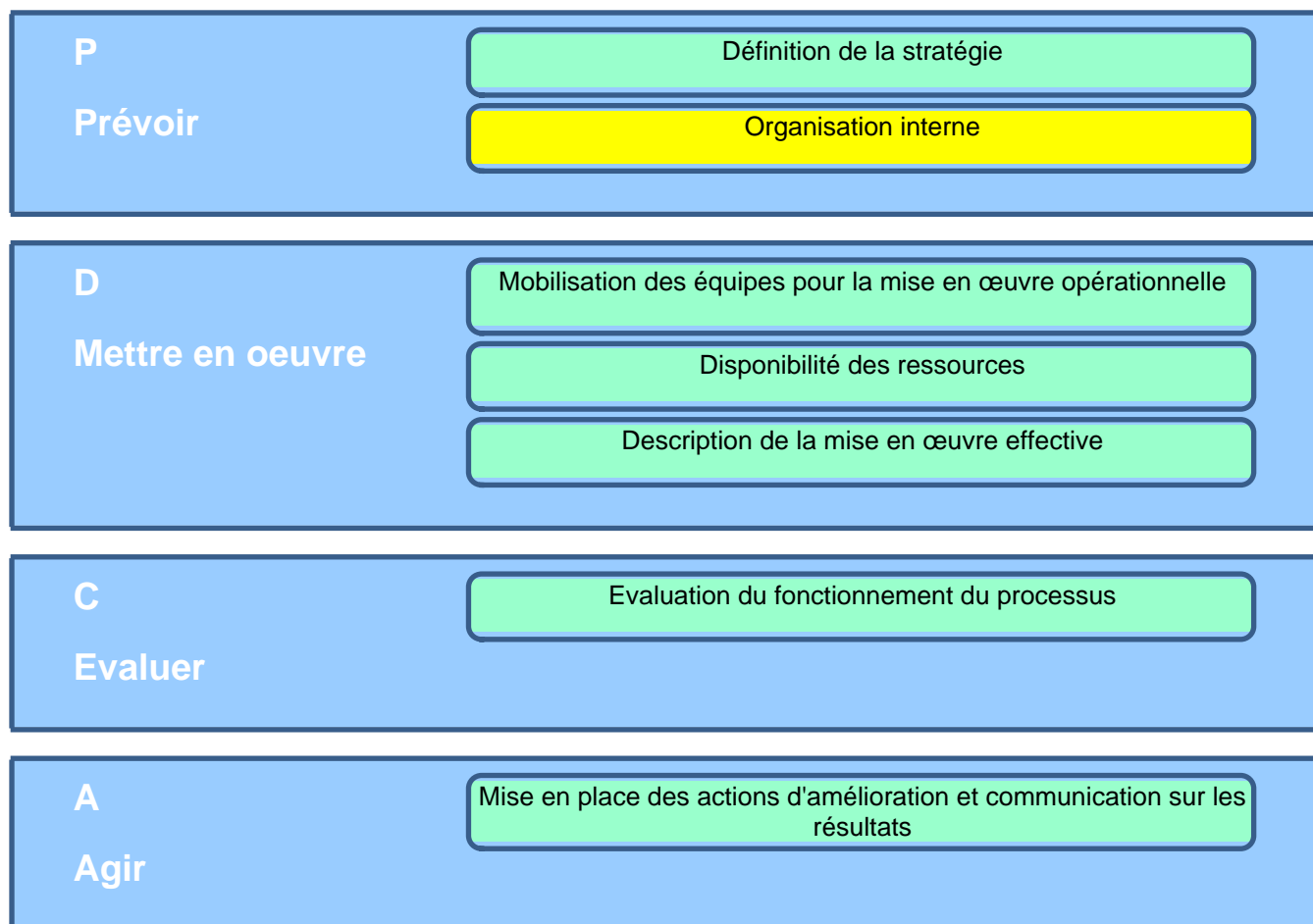
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte et des missions de l'établissement, en tenant compte du CPOM et des besoins de la population, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie figure dans la politique Qualité et Gestion des Risques de l'établissement. Elle est validée par les instances concernées CME, COPIL et CHSCT. Elle est déclinée dans le PAQSS institutionnel. Le Compte Qualité hiérarchise les risques identifiés par le centre hospitalier et est en cohérence avec le PAQSS.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés : c'est le Président de la CME et un cadre de santé attachée à la direction des soins infirmiers. Les pilotes ont des fiches de mission validées. Les besoins en compétences sont identifiés, en particulier en formation. Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Ces actions concernent :</p> <ul style="list-style-type: none">- la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire- l'utilisation du matériel d'urgence et les gestes de premier secours ;- l'éducation thérapeutique du patient- la formation des professionnels, au travail en équipe, à la prise en charge de la douleur... <p>Les besoins en procédures sont identifiés. Les documents sont élaborés avec les professionnels concernés, mis à leur disposition et mis à jour à fréquence définie. Les besoins en système d'information sont identifiés. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient.</p> <p>Un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.</p> <p>Cependant, les besoins en compétences et effectifs sont partiellement identifiés. L'absence de personnel infirmier la nuit en SSR ne permet pas une prise en charge optimale des patients et une continuité des soins dans ce service. Une procédure prévoit le recours en cas de besoin à l'une des 2 IDE de médecine qui accueille par ailleurs les admissions en urgence dans son service durant la nuit (en moyenne 3 à 4 entrées), ce qui a déjà engendré des dysfonctionnements dans le service de Médecine lors des déplacements de cette infirmière en SSR (Déclaration d'EI).</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les chefs de service, les référents médicaux et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs : Médecine, SSR, Soins Palliatifs, Hospitalisation de jour ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les personnels des secteurs participent aux audits de leurs secteurs : nutrition, escarre, sortie du patient, EPP sur le Clan, sur le risque suicidaire. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement. Les professionnels en poste sont formés à la prise en charge des urgences vitales. Les intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Dans les secteurs concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, actualisés, accessibles : les personnels du CH Brisset se sont appropriés le logiciel de gestion documentaire. Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques. Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible dans tous les services.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients. Elle intègre :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'ensemble des étapes de la prise en charge, les activités, les spécificités liées aux pathologies, aux populations de patients, aux modalités de prise en charge- l'identification des patients à risque suicidaire en cas de risque suicidaire : appel de l'IDE psychiatrique qui contacte son référent médical psychiatre ou appel au président de la CME qui est psychiatre addictologue en cas d'urgence.- l'identification des patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique puis appel au

diététicien et au médecin référent

- les actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel : elles sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage avec la pédiatre qui anime un programme à destination des enfants obèses (CMOI)
- l'organisation de la permanence des soins : des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 : 2 urgentistes de garde, un médecin d'astreinte et un pharmacien en astreinte de sécurité.
- l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en charge du patient
- l'organisation des échanges avec les structures ou professionnels extérieurs : des filières par spécialité avec les hôpitaux du GHT (St Quentin et Laon) et le CHU de Lille de façon graduée
- l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales selon une procédure définie et connue au sein de l'établissement.

L'accueil des patients est réalisé dans tous les services selon des modalités définies : remise du livret d'accueil par l'IDE du service. Le contrôle de l'identité est organisé : la carte d'identité est demandée ; l'usage de bracelets est appliqué. Une attention particulière est portée à la prise en charge de la douleur. Une mesure systématique est effectuée à l'entrée et pendant le séjour. L'évaluation initiale est réalisée à l'entrée aux urgences ou dans les services d'hébergement et tracée dans le dossier. Un plan de soins personnalisé en concertation avec le patient est élaboré à son entrée, réévalué lors des réunions pluridisciplinaires et tracé. Ce projet de soins personnalisé s'articule en cas de besoin avec les activités de soins de suite et de réadaptation. Cependant, le courrier de fin d'hospitalisation n'est pas systématiquement transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires. Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en Médecine n'est conforme que dans 50% des cas et ne permet pas d'assurer une continuité des soins et une prise en charge optimale du patient à sa sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier BRISSET participe aux indicateurs IQSS qui impactent directement le parcours patient de l'établissement : indicateur sortie du patient, indicateur de la prise en charge nutritionnelle. Il réalise également de multiples audits internes : sur les urgences vitales avec évaluation de la connaissance du personnel soignant à propos de la procédure d'appel en cas d'urgence vitale, évaluation sur la connaissance du fonctionnement du chariot urgence et du défibrillateur ; EPP sur les escarres en liaison avec le CLAN et les diététiciens. L'établissement a réalisé plusieurs audits sur ce thème et a également nommé deux référents sur cette thématique escarre : 2 cadres de médecine et un cadre du SSR. Cette évaluation est structurée avec un bilan annuel et un programme annuel. Une EPP a été initialisée aux urgences sur le risque suicidaire lors des réunions hebdomadaires du service. L'établissement évalue également les plaintes en rapport avec la coordination des services et le parcours patient. Il a également mis en place une évaluation à propos d'un patient traceur sur la thématique parcours patient.

A / AGIR

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

Le Centre Hospitalier BRISSET a mis en place de multiples actions d'amélioration suite à l'évaluation institutionnelle sur le parcours patient :

- étude et projet de sectorisation des 60 lits de médecine en 4 secteurs avec un encadrement médical identifié à la tête de chaque secteur : cette organisation permettra une fluidité du parcours patient du service des urgences vers le service d'hospitalisation complète de médecine
- sensibilisation du personnel médical au niveau de la CME avec une réunion spécifique destinée à la communication des résultats QUALHAS, IQSS, BILANLIN ; cette réunion de la CME permet de mettre en place un plan d'action en fonction de l'indicateur
- choix en cours d'un logiciel de dictée numérique et de traçabilité des différentes étapes dans la réalisation de la lettre de sortie. Cette action permettra de préciser les responsabilités des différents professionnels et de générer un courrier de sortie en temps réel donné au patient.
- élaboration d'un cahier des charges à destination de l'éditeur DPI pour une extraction des données du DPI en vue de faciliter la genèse d'un courrier de sortie
- nomination de référents soignants pour le chariot d'urgence vitale et pour l'homogénéisation des pratiques en cas d'urgence vitale

Toutes ces actions font l'objet d'un suivi régulier.

Ces résultats sont communiqués en interne aux différents personnels : CME, COPIL, réunions de cadres, STAFF quotidiens ou hebdomadaires selon les services. En externe, la communication des actions d'amélioration est réalisée au sein de la CRU qui est régulièrement informée des résultats des différents indicateurs ou audits et des actions d'améliorations engendrées par ces évaluations.

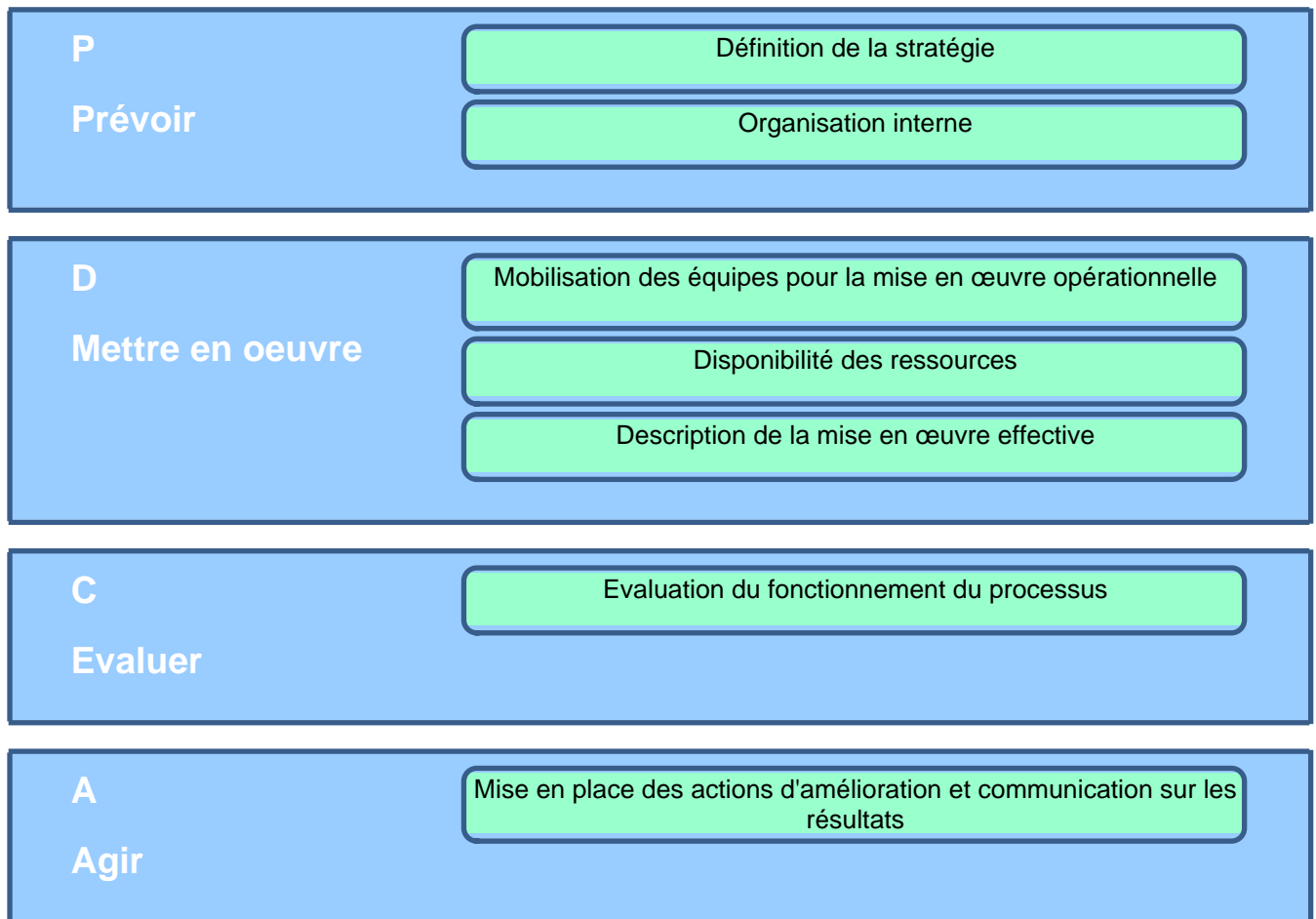
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Brisset a défini une stratégie Dossier Patient et des objectifs :

- Sensibiliser les personnels médicaux et paramédicaux à l'importance de la traçabilité,
- Mettre en place un guide d'utilisation du dossier patient
- Formaliser l'organisation des archives et revoir son système de sécurisation.

La stratégie et les risques ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie est intégrée dans la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins qui a été validée par la CME. Le Compte Qualité qui a priorisé ces 3 risques après les évaluations QUALHAS et l'analyse des patients traceurs a défini les objectifs précédemment cités. Il est en cohérence avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier Brisset a établi une organisation pour piloter le processus Dossier Patient. Les pilotes sont un médecin pédiatre et un cadre de santé attaché à la DDSI. Les fiches de mission sont formalisées. Le groupe de pilotage est formé des 2 pilotes, de l'informaticien, de la Technicienne d'information Médicale, d'une secrétaire médicale et de la responsable des archives. Il existe des référents DPI dans chaque service. Ce groupe de pilotage a pour mission l'évaluation, la coordination des différentes actions concernant le dossier patient. Il sert de relai avec la CME et la direction. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines et en formation : formation sur les transmissions ciblées pour les IDE, formation pour les secrétaires et formation sur l'analyse des événements indésirables.

Les ressources documentaires nécessaires sont disponibles : Gestion Électronique Documentaire(GED) avec une recherche aisée, que les professionnels se sont appropriés rapidement.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée : des documents papier sont scannés pour être intégrés au DPI. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Les modalités de communication en temps utile du dossier patient entre les services et les différents professionnels en charge du patient sont appliquées et connues.

L'accès du patient à son dossier est organisé dans cet établissement :

- il existe une procédure connue et actualisée dans la GED
- le livret d'accueil remis à chaque patient à son entrée, propose la procédure prévue à cet accès.
- les demandes des patients ou ayant-droits sont adressées à la secrétaire de direction qui les transmettent au secrétariat du DIM. Cette procédure est connue par les soignants et les divers secrétariats médicaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables médicaux et les cadres de service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service sur le dossier patient. Les responsables s'assurent avec l'informaticien de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : traçabilité maximale des données par exemple; les médecins et cadres des services informent les professionnels des résultats : QUALHAS en CME et lors des staff et réunions de service. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements, baisse des valeurs des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles : les personnels des services bénéficient de l'assistance méthodologique de l'informaticien le jour et y compris la nuit (personnel informatique en astreinte) et des secrétaires. Une formation pour les transmissions ciblées et sur l'identitovigilance figurent au plan 2017. Les nouveaux arrivants ont accès à une assistance sur le DPI à leur arrivée.

Les locaux sont en adéquation avec l'activité de l'établissement : sécurisation des serveurs dans 2 salles situées sur 2 étages différents, alimentation électrique dédiée aux serveurs + groupe électrogène, climatisation des salles d'hébergement des serveurs, externalisation de la sauvegarde dans le cadre des 3 hôpitaux HI-NO-VE, plans de maintenance préventive et curative. Les équipements informatiques sont en adéquation avec l'activité.

Une documentation sous forme de notice d'utilisation est accessible et actualisée. Une procédure dégradée est prévue en cas de panne informatique avec utilisation temporaire de supports papier. Une sauvegarde avec une antériorité de 2 heures est en place.

Toutefois, le local d'archive contenant les dossiers patients est partiellement sécurisé. Le local d'archivage

des dossiers patients hospitalisés de 2000 à 2005, des patients décédés avant 2014 et des dossiers administratifs n'est pas sécurisé contre l'incendie (pas de détecteurs de fumée) et contre le vol (2 fenêtres et une porte vitrée permettant une effraction).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'amélioration de la notice d'emploi concernant le DPI est un des 3 objectifs recensés dans le Compte Qualité ; cette amélioration permet une facilité et une opérationnalité pour tous les personnels des services. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les services sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités qui représente un objectif majeur pour le Centre Hospitalier Brisset est assurée. Tous les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier patient. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre : indicateurs IQSS sur le dossier patient réalisés chaque année au sein de l'établissement pour permettre une évaluation plus rapprochée alors que cet indicateur est évalué avec une périodicité officielle tous les 2 ans. L'établissement réalise également des audits sur le contenu du dossier patient : cette évaluation a permis de constater une meilleure compliance du personnel médical et du personnel soignant sur l'objectif exhaustivité de la traçabilité des données patients. Le Centre Hospitalier BRISSET a également organisé un audit sur les résultats biologiques des examens pratiqués en externe par un établissement privé : évaluation de la qualité des documents rendus, évaluation sur le délai de retour. Le délai d'accès du patient à son dossier a été évalué. Le délai moyen 2016 est en amélioration par rapport au délai moyen en 2015 qui était de 4,75 jour. Cette évaluation concernait 40 demandes de dossier patient par le patient lui-même ou ses ayants-droits. L'indicateur HN montre que le Centre Hospitalier Brisset a des résultats bien au dessus des pré requis concernant la totalité des items observés. Ces évaluations sont réalisées par un comité de pilotage de l'établissement. Ces évaluations permettent la mise en place d'un plan d'action avec un tableau de suivi.

A / AGIR

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

Le CH BRISSET a mis en place des actions d'amélioration suite aux différentes évaluations du dossier patient, en particulier sur les résultats de l'indicateur courrier de sorti du patient :

- sensibilisation des médecins sur le dossier patient et les résultats sur les indicateurs IQSS; demande d'implication plus forte des médecins dans l'élaboration d'un courrier de sortie en temps réel
- sensibilisation du personnel soignant sur les transmissions ciblées avec formation programmée en 2017 sur la thématique "Transmissions Ciblées"
- communication avec les médecins traitants et les correspondants externes : messagerie sécurisée, participation aux travaux du GCS e SANTE

Ces différentes actions sont organisées dans des plans d'action avec un tableau de suivi. Ces actions sont intégrées au PAQSS institutionnel. La communication en interne et en externe se fait par l'affichage des résultats QUALHAS, IQSS. Les instances de l'établissement sont informées : CME , COPIL, CSI, réunions de services. Ces résultats et actions d'amélioration sont également accessibles sur la GED (Gestion Électronique Documentaire). La communication externe est réalisée au niveau du conseil de surveillance et de la CRU.

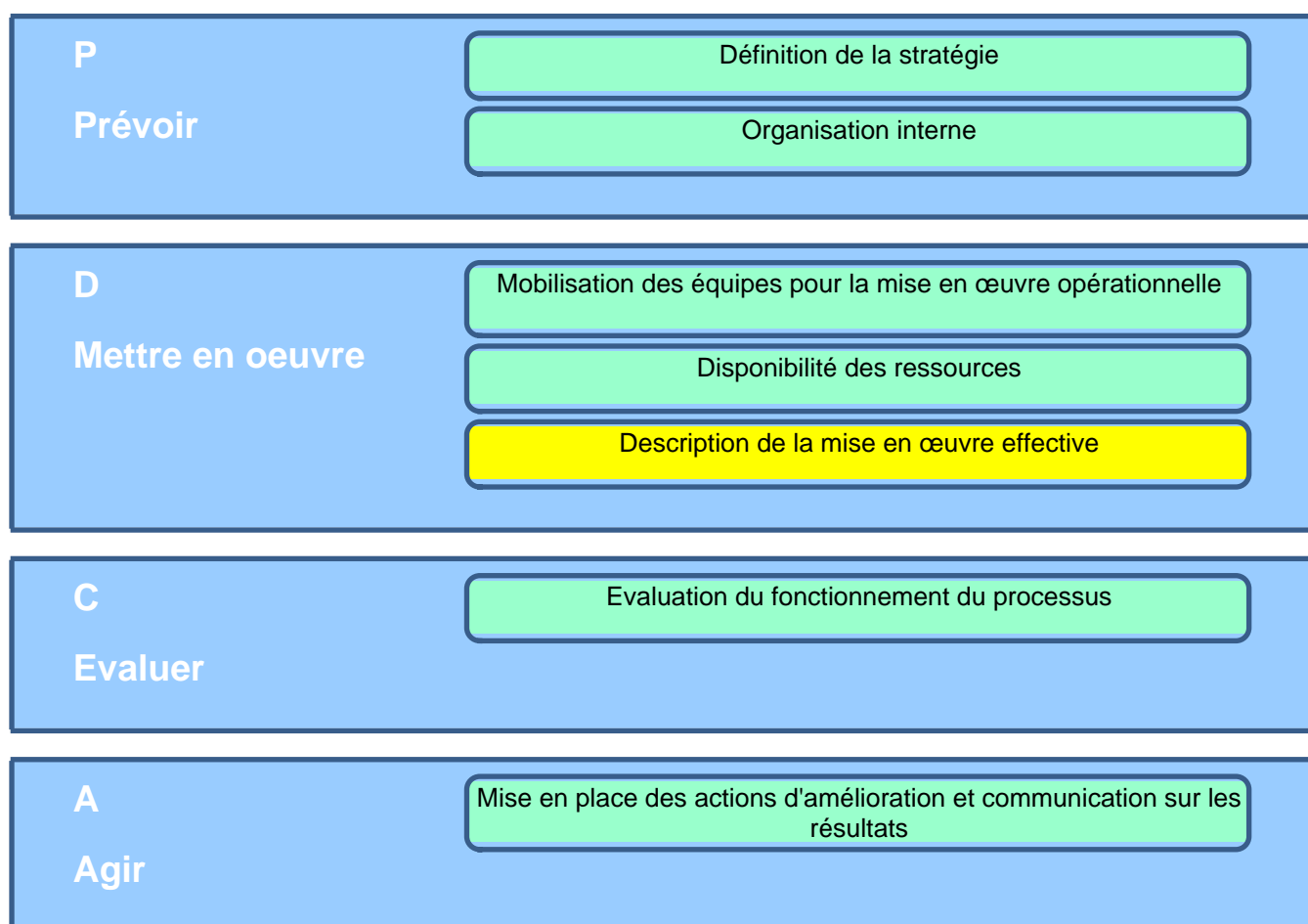
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse établie de façon concertée avec les professionnels concernés. Cette politique est définie à partir de la réglementation en vigueur, des objectifs du CBU, de l'analyse des besoins et de la hiérarchisation des risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori. Elle est traduite dans un manuel qualité disponible dans la gestion documentaire informatisée. Elle est validée par les instances et révisée annuellement. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques. L'analyse de ces risques a tenu compte des recommandations issues de la précédente certification, de la réglementation en vigueur et du suivi du bon usage du médicament. Il a également utilisé les cartographies des risques effectuées par service, l'analyse des événements indésirables issue de CREX médicaments, les résultats des indicateurs réglementaires (IQSS) et les audits internes. Cette analyse a été réalisée au regard de chaque étape du circuit du médicament, en tenant compte également des risques spécifiques (médicaments à risque, patients à risque). La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'actions d'amélioration. Il est formalisé, priorisé et articulé avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote est la pharmacienne de l'établissement, elle est en lien avec le COMEDIMS et la CME pour assurer le pilotage du processus, sa fiche de poste est formalisée et disponible. Des référents par service complètent le pilotage opérationnel. L'organigramme de la PUI est défini. La liste actualisée des prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie et diffusée dans la gestion documentaire informatisée (GED). Les correspondants de pharmacovigilance et de matériovigilance sont identifiés. Un responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse est identifié et sa fiche de mission est formalisée.

La gestion des DM est assurée par la PUI. L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires. Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place. Des outils documentaires ont été identifiés (protocoles, procédures, livret thérapeutique, guide d'antibiothérapie, base de données THERIAQUE, VIDAL...) ainsi que les besoins en protocoles dégradés (gestion du traitement personnel, accès à la pharmacie...). Le circuit du médicament est totalement informatisé.

Les interfaces et les circuits sont organisés: organisation des différentes étapes du circuit du médicament, organisation de la réception des médicaments... Une organisation est en place pour la permanence pharmaceutique. L'information des professionnels et des patients est organisée. Les situations nécessitant une information du patient ont été identifiées (type de patient, moment de l'information) ainsi que les médicaments qui justifient une information (anticoagulants, diabète).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel est décliné en plan d'actions propre aux secteurs (PUI, services de soins) : analyse pharmaceutique, informatisation du circuit, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, traçabilité de l'administration... Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Un programme de sensibilisation/formation est prévu pour 2017. Le taux de déclaration d'évènements indésirables par les professionnels soignants est faible, la majorité des déclarations étant réalisée par la pharmacie. Des CREX "médicaments" sont effectifs depuis 2013 cependant ils s'organisent à l'issue d'une déclaration et ne font pas l'objet d'une périodicité définie. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des compétences, des documents et des ressources matérielles est assurée. Les documents sont actualisés et validés. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels (livret thérapeutique, base THERIAQUE, VIDAL, bonnes pratiques d'écrasement des cp ou d'ouverture des gélules...). Les documents sont accessibles pour tous les soignants par la GED. Des documents d'information destinés au patient sont diffusés notamment sur l'utilisation des médicaments, le risque lié aux anticoagulants. Ces documents sont validés, et également accessibles aux professionnels. Les ressources en matériel et équipements sont disponibles dans les secteurs de soins et à la PUI. Le stockage des médicaments est adapté dans tous les secteurs salle de soins pour les médicaments sécurisées par un digicode, arsenaux pour les DM et à la PUI. Cependant, des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses ne sont pas systématiquement menées. Les professionnels rencontrés ne sont pas sensibilisés à la

déclaration de l'erreur médicamenteuse, et n'ont pas connaissance de la charte de non sanction formalisée et diffusée. Les formations à la déclaration des erreurs ne sont pas généralisées. Un programme de sensibilisation formation est prévu pour 2017. Le stockage des médicaments est adapté dans tous les secteurs salles de soins pour les médicaments sécurisés par un digicode, arsenaux pour les DMI et à la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et les procédures en lien avec la prise en charge médicamenteuse. L'informatisation de la PECM est complète. Les règles de prescription ne sont pas systématiquement mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est effective, mais il existe des difficultés pour les pharmaciennes à assurer la conformité de la délivrance des médicaments, certains des médecins ne prescrivant pas systématiquement au livret thérapeutique. Les éléments de suivi du traitement sont disponibles et accessibles grâce au dossier informatisé. La prise en compte du traitement personnel est effectif à l'entrée et à la sortie.

Pour les patients âgés, les troubles de la déglutition sont pris en compte et il existe des règles et du matériel adapté pour l'écrasement des médicaments. Les médicaments à risques sont identifiés, les médicaments réfrigérés sont stockés dans des réfrigérateurs conformes avec traçabilité de la température, les produits stupéfiants sont détenus dans des coffres fermés, les chariots d'urgence sont scellés et contiennent les médicaments selon une liste préétablie. La gestion des péremptions et le retour des périmés à la pharmacie sont effectifs. Concernant la PUI, les bonnes pratiques de la dispensation des médicaments sont respectées. Au niveau des services de soins, la traçabilité de l'administration est effective en temps réel. Les professionnels assurent l'information orale et écrite des patients sur le bon usage des médicaments. La surveillance thérapeutique du patient est assurée et tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du système de management de la prise en charge médicamenteuse est évalué. Des audits liés au CBU et le recueil des IQSS nationaux sont mis en œuvre. Plusieurs audits et évaluations ont été réalisés notamment : audits des armoires à pharmacie, Quick audit de la chaîne du froid, Chambre des erreurs... Un rapport d'étape annuel du CBU est rédigé.

A / AGIR

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

Le pilote de la PECM en lien avec le COMEDIMS et la cellule qualité procède à une mise à jour annuelle du plan d'actions, en lien avec les engagements du CBU et le programme de la PECM. Le plan d'actions est réajusté en fonction de l'état d'avancement des actions, de l'évolution éventuelle de la réglementation et en fonction des actions d'amélioration proposées, après analyse des événements indésirables et des différents audits. La communication s'adresse aux professionnels de santé (médecins, soignants) et aux usagers. Les médecins sont destinataires d'informations via la CME, d'information directe de la part de la pharmacienne. L'information des professionnels par les réunions de service, journal interne, affichage dans les services. La communication auprès des usagers se fait par le livret d'accueil, l'affichage, la CDU.

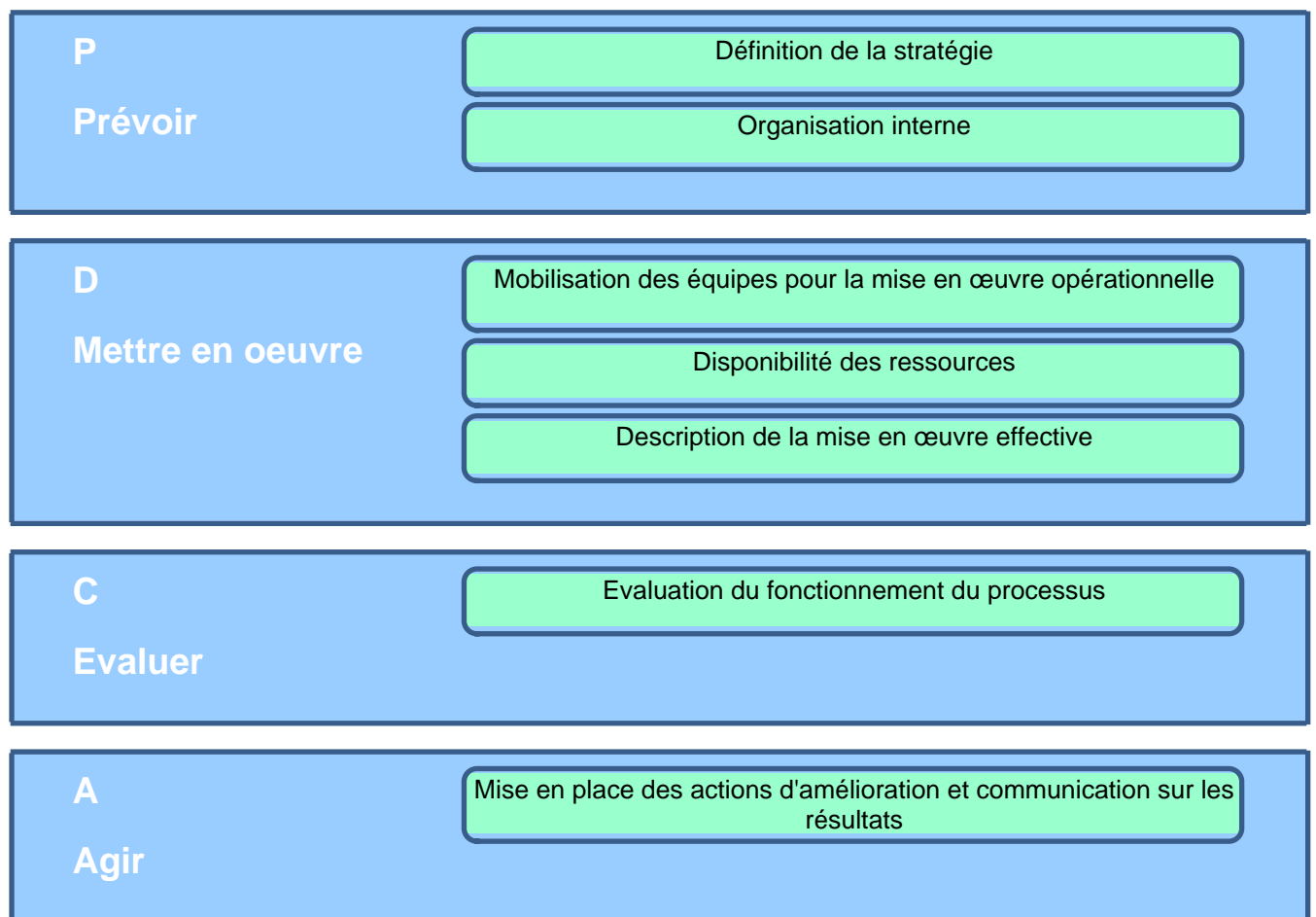
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique d'amélioration de l'organisation et les circuits dans la prise en charge des urgences et des soins non programmés est intégrée à la politique d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins ainsi qu'aux orientations stratégiques. Il existe une identification des différents secteurs de prise en charge du service des urgences avec un pilotage institutionnel commun par le chef de service des urgences :

- un secteur d'accueil des urgences médico-chirurgicales, pédiatriques et gériatriques
- un secteur UHCD
- un SMUR.

L'établissement a défini une stratégie comportant la définition d'une politique et d'objectifs déclinés en plan d'actions. Il a également identifié ses besoins et a analysé ses risques à partir de son historique ainsi que l'analyse des EI, des plaintes et réclamations, des besoins de la population, des résultats des questionnaires de satisfaction. L'établissement a évalué ses risques à priori, les a hiérarchisés selon la méthodologie définie au sein de l'établissement permettant de définir des priorités d'amélioration, et a établi un plan d'actions formalisé dans son PAQSS, validé par les instances, permettant une déclinaison opérationnelle au sein du service des urgences.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de prise en charge des urgences est assuré par deux pilotes : le chef de service et la cadre de santé. Leurs missions sont formalisées. Une réunion est organisée tous les mardis avec l'encadrement médical et paramédical. Elle a pour objectif de faire le point sur la prise en charge des patients et l'organisation du service. L'organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés est formalisée. La formation des professionnels est organisée et un plan de formation est défini. Un règlement intérieur décrit les missions et l'organisation des différents secteurs du service. La continuité et la permanence des soins sont précisées avec l'organisation médicale et paramédicale. Les différents circuits des patients sont également formalisés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et formalisée dans le règlement intérieur.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le service des urgences dispose d'un plan d'actions opérationnel en cohérence avec la démarche institutionnelle. Le chef de service et la cadre de santé sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques et s'assurent du respect des bonnes pratiques. La réunion hebdomadaire permet de faire le point sur l'avancement des actions, les événements indésirables déclarés au sein du service et la mise en œuvre d'un REX non formalisé. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plan d'actions. Les actions correctives sont identifiées et communiquées à l'équipe pour leur mise en œuvre et leur suivi. Les résultats des audits, indicateurs sont partagés au sein du service et affichés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service des urgences dispose des ressources nécessaires à son activité. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont adaptés et organisés pour prendre en charge le flux de patients. La mise en œuvre de la formation est structurée et garantit le maintien des compétences, les infirmières sont formées à l'accueil et à l'orientation des patients, une IDE et un ambulancier SMUR sont moniteurs AFGSU. Le service est également reconnu centre de formation. Les ressources en matériel sont en cohérence avec l'organisation. Elles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. L'architecture des locaux est facilitante pour les différents circuits de prise en charge. A noter la proximité immédiate d'un secteur de radiologie conventionnelle et scanner. La disponibilité des lits dans les services de soins est actualisée trois fois par jour. Le dispositif "hôpital en tension" est opérationnel en cas d'augmentation du flux de patients. Les documents nécessaires sont formalisés, actualisés, disponibles et connus des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service des urgences connaît et met en œuvre les organisations prévues pour son fonctionnement. Le service est intégré à l'organisation des urgences sur le territoire et collabore avec les différents établissements de santé du secteur. La permanence des soins est assurée et les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés. Les effectifs prévus sont pourvus et les qualifications des professionnels répondent aux besoins. Les circuits de prise en charge spécifiques sont opérationnels (pédiatrie, cardiologie, gériatrie, neurologie) soit pour une hospitalisation directe, soit pour une consultation. Les

médecins urgentistes ont accès aux avis spécialisés en cas de besoin (psychiatrie et gériatrie). Les patients sont informés sur les modalités de priorisation de prise en charge (affichage interne). La confidentialité est respectée à toutes les étapes de la prise en charge. Les règles d'identitovigilance sont opérationnelles. La surveillance des patients et l'évaluation de la douleur sont conformes aux recommandations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : délai d'attente (selon type de prise en charge), DMS en UHCD, taux de transfert, taux d'hospitalisation, IQSS, réclamations... Les évènements indésirables sont tracés et analysés. La satisfaction des patients est évaluée par les résultats des questionnaires de sortie, les réclamations et les fiches d'évènements indésirables. Ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives en adéquation avec les sujets évalués.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le plan d'actions d'amélioration de l'établissement. L'organisation de la prise en charge est ajustée en fonction des résultats (délais d'attente...). La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des instances. Les usagers sont informés dans le cadre de la CDU. La communication est organisée en interne via les réunions de service , affichage dans le service.