



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
D'ALBERT**

**Rue Tien Tsin
80303 ALBERT**

SEPTEMBRE 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	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	44

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 objectif 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 D'ALBERT	
Adresse	Rue tien tsin 80303 Albert
Département / région	SOMME / 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
GCS de moyens		GCS E-SANTE PICARDIE (GCS 1164)	186 rue edouard branly Zac de la blanche tâche 80450 CAMON
Entité juridique	800000036	CENTRE HOSPITALIER D'ALBERT	Rue tien tsin Bp 30214 80303 Albert
Etablissement de santé	800000184	CENTRE HOSPITALIER D'ALBERT	Rue tien tsin Bp 30214 80303 Albert
Etablissement de santé	800015489	HAD CH ALBERT	Rue de tien-tsin 80303 ALBERT

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/
MCO	Médecine	20	2658
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	<p>CHT Somme – Conventions avec le CHU – GCS E-santé – CGS UTIL – GRAPP – Groupe Qualité Somme – Réseau géronto 80 – Réseau PALPI...</p> <p>Groupement d'achat des médicaments: jusqu'au 31/03/2015: Groupement d'Abbeville puis à compter du 01/04/15: Groupement régional d'achat de Picardie de produits pharmaceutiques</p> <p>Groupement d'achat des dispositifs médicaux (pas de date de fin)</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Parcours du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Médecine orientation gériatrique	Hospitalisation complète	Polypathologique	Programmé	Simple	MCO
2	Personne âgée	Hospitalisation complète	Suite AVC ischémique	Programmé	Complexe (hospi en M ou réhospi)	SSR
3	Adulte	HAD	SP cancer de la prostate	Programmé	Simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

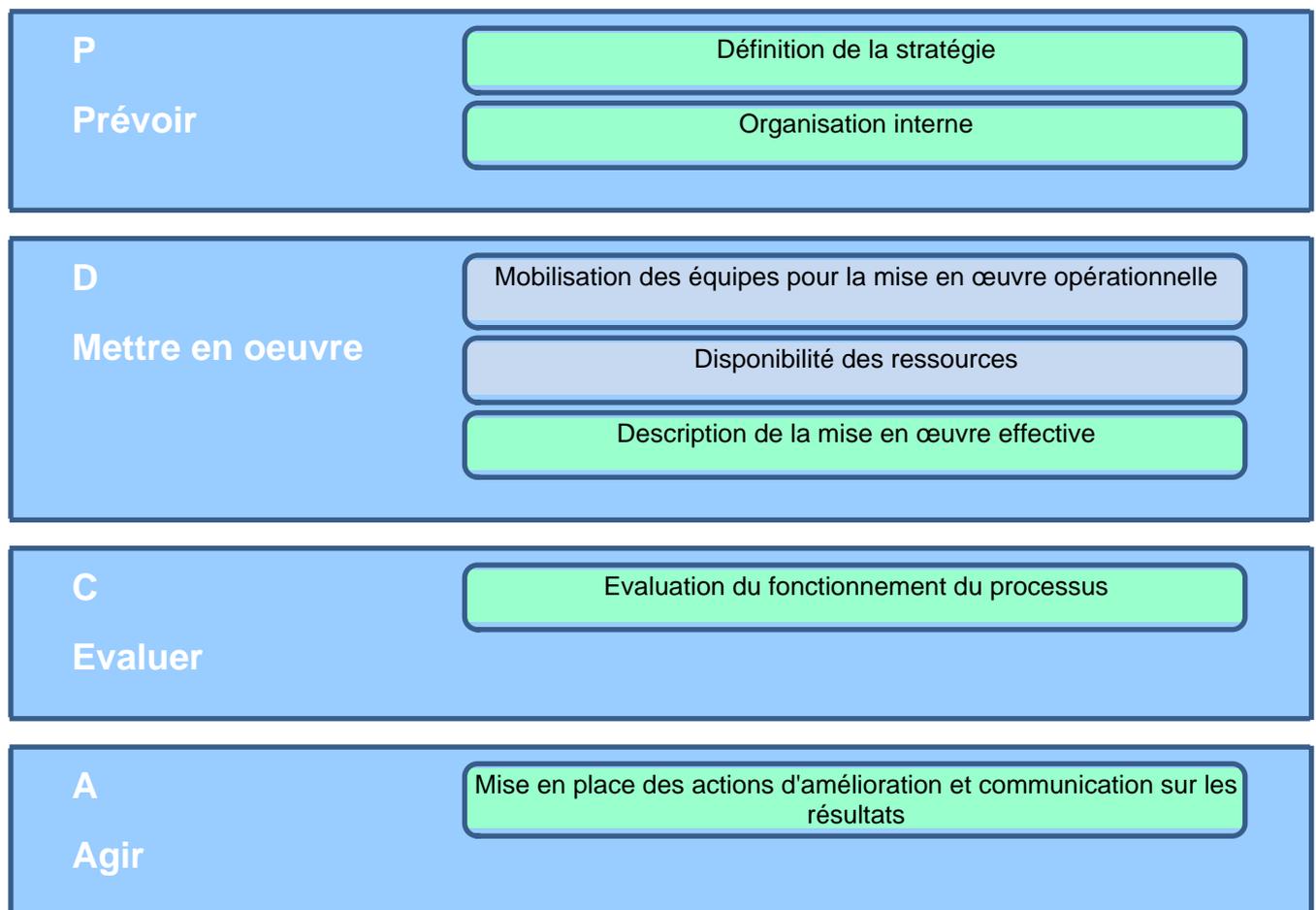
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier d'Albert a défini sa politique qualité et gestion des risques dans son Projet d'Etablissement 2016-2019. L'établissement affirme la démarche qualité et sécurité de la prise en charge comme une priorité « en apportant les meilleurs soins possibles tout en assurant une prise en charge dans des conditions optimales de sécurité et de confort ».

La stratégie et les axes d'orientation ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte en termes de points forts et de fragilités, des missions, des exigences légales et réglementaires et de l'analyse structurée des risques propres à l'établissement.

La stratégie des EPP, quant à elle, est décrite dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques (MQGDR). Ce dernier validé en CME et COPIL Qualité et Gestion des Risques (Novembre 2016) a pour but de décrire le système qualité et gestion des risques de l'établissement. Il expose l'organisation des différentes instances et groupes de travail, les outils de suivi et les indicateurs. Il vient objectiver l'engagement de la gouvernance de l'établissement dans la démarche qualité et sécurité des soins.

Les Représentants des Usagers sont associés à la politique dans le cadre de la CDU.

Cette stratégie validée par les diverses instances concernées (Conseil de Surveillance, Directoire, CME, CTE et COPIL Qualité et Gestion des Risques) est déclinée dans un programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS) formalisé et structuré par instance. Pour chacune des actions, il identifie un responsable, l'état d'avancement et pour une grande partie des modalités et/ou indicateurs de suivi (86% renseignées). Le PAQSS qui est la déclinaison opérationnelle de la politique prend en compte les obligations réglementaires (CPOM, CBU, résultat de certification ...), les plaintes et réclamations ainsi que l'analyse a priori et a posteriori des risques. S'agissant du Compte Qualité (CQ), chaque pilote de processus a préparé son CQ à l'aide d'un « KIT » fourni par la Commission du Management des Processus (structure d'appui opérationnelle dans le processus management de la qualité et gestion des risques) au sein d'un groupe travail associant les professionnels des différents secteurs (médecine/SSR/HAD). Le CQ a été validé pour chaque processus par l'instance en lien et dans sa globalité en réunion conjointe du Directoire et de la CME en date du 25 juillet 2016. L'établissement s'est ainsi saisi du CQ pour prioriser ses risques et rendre ainsi visible ses priorités stratégiques. Les actions du CQ sont articulées avec le PAQSS (identifiables en rouge).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter son processus. Le COPIL QGDR, sous la responsabilité du Directeur et de la Présidente de la CME, pilote le management de la qualité et la gestion des risques. Le Département Qualité en lien avec les instances spécialisées (CLIN, CLUD, COVIRIS, CDU,..) assurent le management opérationnel de la démarche. Les missions et la composition des instances sont définies dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques. Au niveau des services de soins, administratifs, logistiques, le relais est assuré par l'ensemble des cadres, référents « qualité et gestion des risques » et membres du COPIL QGDR. Leur fiche de poste formalise leur rôle. Des professionnels ressources sont également identifiés dans les services de médecine-SSR-HAD pour assurer le lien entre le terrain et les instances (référents : douleur, hygiène/CLIN, nutrition, circuit du médicament, dossier patient, linge, déchets, archives...). Le « COVIRIS » est responsable du programme de gestion des risques et notamment de la gestion des fiches d'évènements indésirables et de l'organisation des CREX. Sont également désignés avec une fiche de missions, une Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS- nommée depuis octobre 2012), un Responsable du Système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (pharmacienne) et des correspondants pour les vigilances sanitaires. Le Département Qualité assure la cohérence, la coordination des différentes composantes du système qualité et de gestion des risques et la centralisation de l'avancée des travaux. Il est le soutien méthodologique et organisationnel de tous les acteurs. S'agissant des pilotes de processus les rôles et responsabilités ont été identifiés, formalisés et communiqués.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Concernant les ressources humaines, l'établissement prévoit les moyens et compétences. Une Cadre de Santé a été formée (DU qualité sanitaire) et détachée à 40% sur les fonctions de responsable qualité.

Le plan de formation est construit en fonction des priorités nationales, institutionnelles et individuelles. Sur ces principes, des actions de formations sont prévues sur la qualité et la gestion des risques (audit de processus, patient traceur, indicateur en 2016) et sur le cœur de métier (bien-être, hygiène, identité, iatrogénie médicamenteuse, accompagnement du patient lorsque survient l'évènement indésirable, toucher/massage, hypnose,...). L'intégration des nouveaux arrivants est organisée par les Cadres de Santé et par la Présidente de CME s'agissant de l'accueil des internes. Des temps spécifiques de rencontre (notamment avec l'IDE hygiéniste par exemple) et de doublons en service sont prévus.

L'établissement prévoit ses ressources documentaires pour organiser son système qualité. La gestion documentaire, centralisée par le Département Qualité, est organisée sur le serveur commun accessible à tous les professionnels (dématérialisation récente). L'établissement a identifié le projet d'intégrer sa documentation sous un logiciel spécifique, déjà en place au niveau de la structure pour le classement des factures et qui offre un module « GED ».

Le système qualité et gestion des risques est documenté (procédure des procédures ; Manuel Qualité et Gestion des Risques ; plan blanc avec ses annexes : plan grand froid, plan NRBC, gestion d'une crise Vigipirate ; programme gestion canicule, plan local de maîtrise d'une épidémie ; procédure de signalement dans le cadre des vigilances ...).

Le dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables est organisé et diffusé (procédure de signalement et de gestion des événements indésirable). La fiche de signalement ainsi que la Charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables sont disponibles sur le serveur.

Des référentiels et guides de bonnes pratiques sont diffusés (Recommandation médicamenteuse chez la personne âgée, recommandation HAS sur le diabète, recommandation éthique de l'ANESM, guide Leonetti, guide vigilance attentat,...). Des guides et recommandations de bonnes pratiques sont également identifiés en référence dans l'élaboration des procédures (procédure de prévention et traitement des escarres, pour exemple).

Concernant les besoins en équipements et matériels, les professionnels sont invités à faire remonter annuellement leurs besoins à la Cadre de Santé du service qui transmet les demandes au service économique pour étude de coût et validation par le Directeur. Les demandes ponctuelles sont organisées sur le même circuit.

Pour la HAD, tous les équipements au domicile du patient font l'objet d'un contrat de location. La maintenance préventive et curative est organisée par le prestataire.

Pour les autres secteurs (médecine/SSR), une maintenance annuelle préventive pour certains dispositifs médicaux (DM) hors pharmacie (lève-malade, baignoire, matériel de transfert,...) est prévue par contrat avec un prestataire extérieur. Cependant, la gestion des équipements biomédicaux n'est pas totalement organisée les autres équipements à type DM, sans couverture prestataire, ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique et d'une gestion centralisée type GMAO, ce qui ne permet pas d'assurer une maintenance préventive.

En cas de dysfonctionnement informatique, une organisation en mode dégradé est définie s'agissant de la prise en charge dans les services. Pour l'accès aux ressources documentaires, la procédure des procédures prévoit l'accès aux documents en mode dégradé (consultation en mode « papiers » des documents du Département Qualité).

La gestion des interfaces et des circuits qualité et sécurité des soins est organisée et formalisée dans un organigramme intégré à la politique qualité, elle permet l'articulation cohérente des missions. Le COPIL QGDR assure un lien étroit avec le Département Qualité et les instances spécifiques. La composition et le fonctionnement de ces instances facilitent la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En effet, le COPIL QGDR regroupe toutes les fonctions de management de l'établissement et ses membres font également partie des différentes instances (CME, COVIRIS, COMEDIM, CDU, CLAN,...). Cette organisation permet d'assurer une cohérence dans la conduite de la démarche qualité et gestion des risques institutionnelle. La fréquence des rencontres est établie dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plan d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Chaque secteur a décliné ses priorités et ses objectifs d'amélioration (en SSR, par exemple, les priorités identifiées concernent les chutes, la prise en charge et la prise en compte des difficultés sociales des populations accueillies – vulnérables et fragiles ; en médecine les objectifs sont concentrés sur le médicament et les soins techniques compliqués et rares comme pour la pompe à morphine). Des objectifs institutionnels partagés sont déclinés tel que le taux de retour des questionnaires de sortie des patients.

La sensibilisation des professionnels aux risques a débuté par une formation des pilotes et co-pilotes de processus en mai et en juin 2016. Les Cadres de Santé étant toutes les deux positionnées sur un ou plusieurs processus. Des actions de sensibilisations prévues par le Département Qualité sur des journées spécifiques « Qualirisque » ou encore sur la « Semaine Sécurité des Patients » (SSP) participent également au maintien et au développement des compétences et connaissances. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés via différents vecteurs. Trois fois par an, des Conseils de Service animés par chaque Cadre de Santé permet de faire un retour d'information sur la démarche qualité et gestion des risques institutionnelle et sur le service. Un diaporama est systématique. Ce dernier reste disponible en salle de soins pour consultation. Les temps de transmissions permettent également de communiquer sur les informations du moment (nouvelle procédure, résultats d'audit ou d'évaluation par exemple). De même, des affichages dans les services participent à la sensibilisation des professionnels.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques sur la base de choix personnel et dans le cadre du suivi institutionnel lié à une instance (évaluation de la traçabilité de la douleur dans le cadre du

CLUD, audit bracelet dans le cadre de l'identitovigilance) par rapport aux activités du service. Ils assurent ponctuellement ces contrôles et informent les professionnels de leurs résultats. Les IQSS font l'objet d'un suivi et d'un affichage dans le service.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) en associant les professionnels, notamment dans les CREX, dans les réunions de service ou EPP (EPP transfusion sanguine, EPP évaluation de l'antibiothérapie aux 42ème puis 72ème heure, EPP transmissions ciblées,...). Les professionnels s'associent à l'identification et à la mise en œuvre des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives. Des référents sur des fonctions spécifiques sont identifiés dans tous les services (médicament, douleur, qualité, dossier patient, hygiène,...). Les Cadres de Santé sont les relais privilégiés sur la démarche qualité et gestion des risques.

Les formations et les actions de sensibilisation mises en œuvre sont nombreuses et concourent au maintien, développement des compétences et des connaissances. Elles sont identifiées au regard des demandes individuelles au cours des entretiens d'évaluation mais également au regard de priorités (nationales, institutionnelles) et des besoins du service (formation annonce d'un dommage lié aux soins pour les deux Cadres de Santé en octobre 2016) ou d'une prise en charge (formation à la prise en charge post-AVC programmé sur mars 2017). Une commission formation annuelle valide les demandes et établit le programme pour l'année à venir. Depuis 2003, l'Etablissement mène une politique de formation « études promotionnelles ». De nombreux DU ont été ainsi menés (Hygiène, qualité, soins palliatif, douleur...). Concernant le nouvel arrivant, l'établissement ne fait jamais appel à du personnel intérimaire. Les remplacements se font en priorité à partir du planning sur les professionnels de la structure. L'information et la formation du nouvel arrivant sont confiées à la cadre du service qui tient une fiche d'évaluation et de suivi (Médecine/SSR1). Un livret d'accueil « outil d'aide à la mise en place de la formation des nouveaux arrivants » permet également la transmission d'informations.

Les équipements et matériels nécessaires à la prise en charge sont disponibles. Les professionnels peuvent en outre solliciter les besoins en équipements et matériels au regard de besoins nouveaux en cours et en fin d'année plus spécifiquement.

Enfin, s'agissant des ressources matérielles couvrant le système de management de la qualité, les professionnels accèdent à la gestion documentaire et au dispositif de signalement des événements indésirables depuis les postes informatiques disponibles dans tous les services (réseau commun).

La documentation comporte les documents nécessaires à la prise en charge. Les professionnels peuvent émettre le besoin de formalisation d'un document utile à leurs pratiques. Ils peuvent participer à son élaboration et si nécessaire à son réajustement dans le cadre par exemple d'une instance. Le Département Qualité s'assure du suivi, de la révision périodique des documents conformément à la procédure des procédures. Le système documentaire comporte la diffusion de recommandations et de référentiels de bonnes pratiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie en termes de système de management de la qualité (documentation, signalement EI, analyse des causes en CREX, analyse des pratiques en EPP) et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Ils accèdent depuis leur poste de travail au serveur commun de l'établissement pour retrouver les documents utiles à leur exercice. Cette recherche est également facilitée par la mise à disposition dans les services d'un classeur rouge répertoriant l'ensemble des documents présents sous le commun sous forme de sommaire (procédures, formulaires) et le mode opératoire d'accès à la gestion documentaire informatique.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et mis en œuvre. Les professionnels connaissent le circuit de signalement. Le « COVIRIS » définit les signalements devant donner lieu à des CREX et suit les actions d'amélioration.

S'agissant de la gestion des risques a priori, la mobilisation des professionnels est effective, dans le cadre des EPP, dans la formalisation de cartographies des risques (circuit du médicament et PUI, par exemple). De même, le dispositif de gestion de crise est connu (affichage du « mémo de crise » dans les services) et certains plans ont pu être mis en œuvre lors de situations effectives (grand froid, indisponibilité du système d'information qui a nécessité le recours au mode dégradé).

Les professionnels participent à la démarche qualité et gestion des risques en étant pour certains membres d'une instance, d'un groupe de travail (processus) ou référents sur un thème spécifique.

Le recueil de la satisfaction des patients est effectif. L'analyse des questionnaires de sortie en lien avec les Représentants des Usagers permet d'identifier des actions d'amélioration. Les plaintes et les réclamations sont traitées par la Direction puis évoquées et suivies dans le cadre de la CDU. Elles font également l'objet d'un affichage dans les services de même que les courriers d'éloges. Les professionnels participent au circuit des plaintes et réclamations en faisant remonter à la Cadre et/ou médecins du service les éventuelles insatisfactions exprimées par le patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces nécessaires au système de management de la qualité sont connus (circuit d'un signalement EI, circuit des demandes de matériels et d'équipements).

S'agissant des traçabilités en lien avec le cœur de métier et le soin (dossier patient informatisé et papier,

fiches de traçabilité,..), la traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. En outre, la traçabilité des actions et activités réalisées dans le champ du système de management de la qualité est réalisée (convocation, compte rendu, émargement,...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de sa démarche qualité et sécurité des soins en associant les professionnels de terrain. Le Département Qualité a commencé à centraliser les résultats d'évaluations dans un tableau de bord « indicateurs de qualité et performance » (indicateurs sur l'activité, les FEI, les IQSS, la maîtrise de la GED, l'évaluation du PAQSS, les chutes, indicateurs sociaux,...). Ce tableau permettra l'analyse annuelle et la comparaison dans le temps de données ciblées. En ce sens, les démarches d'Évaluations de Pratiques Professionnelles sont développées dans tous les secteurs. Des cartographies des risques sur la PUI et sur le circuit du médicament ont été déployées. L'analyse des FEI a conduit à la mise en place de CREX.

La mesure de la culture qualité et sécurité a été menée en septembre 2016 auprès de l'ensemble des professionnels (77% de taux de retour).

L'établissement adhère au Réseau Santé Qualité Picardie qui permet de participer à des audits et des comparaisons inter-établissements.

Les indicateurs nationaux obligatoires font l'objet d'un recueil et des recueils internes supplémentaires peuvent être également organisés. C'est le cas, pour la Cadre de santé de SSR2 qui organise en vue du staff hebdomadaire un recueil de données par les soignants (poids, IMC, escarre, albumine) pour tous les patients vus en réunion staff.

L'évaluation des pratiques « cœurs de métier » est conduite à l'initiative du cadre de santé mais surtout à partir des démarches institutionnelles liées aux instances. L'évaluation de la satisfaction des usagers et des plaintes et réclamations, en lien avec la CDU est réalisée.

L'ensemble de ces évaluations fait l'objet d'un retour d'information aux professionnels via plusieurs dispositifs : affichage ; Flash Info Qualité (FIQ : document diffusé depuis 2002) ; réunions Conseils de Service (3 fois par an), temps de transmissions...

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en fonction des résultats d'évaluation.

L'établissement prend en compte les données issues d'évaluations externes et inspections. A ce titre, il a élaboré un plan d'actions en vue de répondre à la recommandation de la certification V2010 notamment s'agissant de la prescription médicamenteuse en HAD. Le plan d'action est en partie déroulé (mise en place d'un tryptique ; prévision de mettre à disposition de tablette, ...).

Dans le cadre du suivi de ses indicateurs IPAQSS, l'établissement identifie les défaillances et valeurs nécessitant des mesures correctives (Refonte du courrier de sortie et dictée informatique ; suivi des indicateurs concernant le dépistage des troubles nutritionnels en dehors des campagnes de recueil obligatoires ; pour ICATB une EPP est en place et un plan d'action est portée par le COMEDIM en lien avec le CLIN).

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La politique QGDR ainsi que le Manuel Qualité et Gestion des Risques sont réajustés tous les ans.

La stratégie de communication est établie et les modalités de diffusion des résultats en interne sont multiples : FIQ, Semaine Sécurité des Patients, affichage des IQSS, journées « Qualirisque », mobilisation de référents et des Cadres de Santé, réunions Conseils de Service, temps de transmission, le réseau « commun » qui met à disposition les comptes rendus de réunions depuis très récemment,...

En externe, l'établissement communique via son site internet et via le journal local « Courrier Picard ».

Les Représentants des Usagers, très impliqués dans la vie de l'établissement, représentent également un moyen privilégié de communication et de retour d'information à destination des patients, de leurs proches mais également de l'établissement.

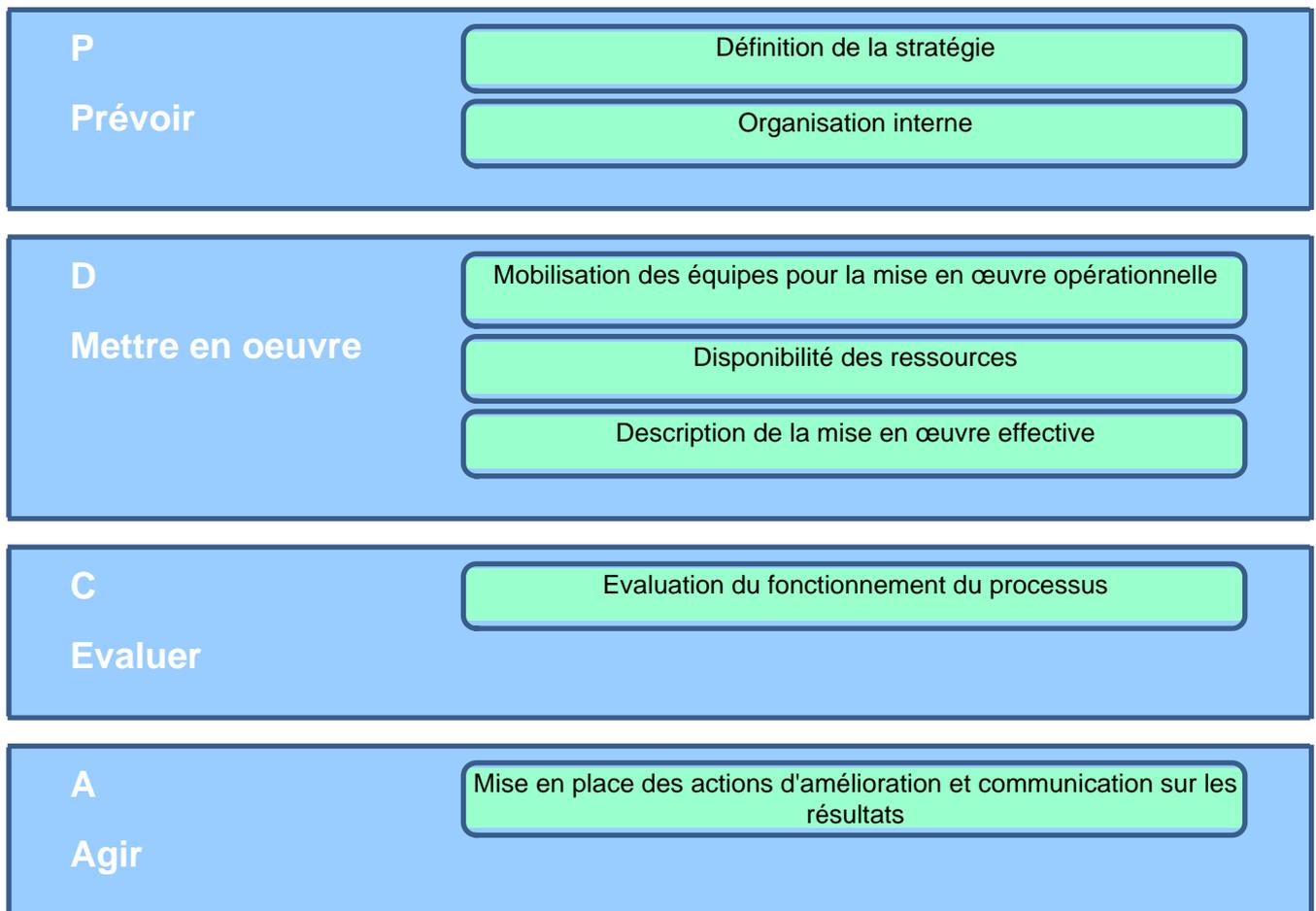
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le strict respect des mesures d'hygiène et la prévention des infections liées aux soins sont portés par la politique de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales comme une priorité et un point fort de l'établissement. La stratégie et les objectifs, ont été élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Ils sont cohérents avec les besoins spécifiques de l'établissement (culture de la gestion du risque infectieux en place depuis 2004), les prises en charge assurées, les orientations nationales, régionales et les résultats publiés des indicateurs nationaux. Cette politique couvre tous les secteurs (médecine/SSR/HAD). Elle est présente dans le Projet d'Etablissement 2016-2019 dans l'axe 7 du « Projet Médical » qui a été validé par le Conseil de surveillance, la CME, le CTE et le COPIL Qualité et Gestion des risques le 28/07/2016.

La définition, l'analyse et la hiérarchisation des risques ont été réalisées par un groupe de travail porté par l'IDE Hygiéniste et l'IDE Coordinatrice de l'HAD avec le soutien méthodologique de la Commission de Management des Processus et selon une méthode structurée (« KIT »). La méthode de priorisation des risques est basée sur la grille de la HAS. Elle permet de positionner, au regard des étapes du processus, les risques prioritaires identifiés dans le Compte Qualité. Les risques couvrent la maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et l'hygiène des locaux.

Cinq risques ont été priorisés dans le Compte Qualité pour lesquels un plan d'actions est décliné. Les actions énoncées dans le Compte Qualité sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS). Ce dernier identifiant, par ailleurs, le programme d'actions plus global établi et validé par le CLIN le 18 mars 2016. Ce programme prévoit les actions à mener en matière de surveillance du risque infectieux, d'information, de formations, d'ateliers, d'audits et de contrôles au niveau de l'environnement.

Le plan d'actions précise pour chaque action un responsable, une échéance, l'état d'avancement, les modalités de suivi. Il est priorisé et a été présenté pour validation au CLIN et en réunion conjointe du Directoire et de la CME en date du 25 juillet 2016.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier d'Albert a défini une organisation pour le pilotage du processus qui englobe les risques infectieux liés à l'eau, au linge, aux déchets, au contact avec le sang (AES) et à l'hygiène des locaux. Le bon usage des antibiotiques est porté conjointement par le COMEDIM et le CLIN.

Le pilotage de la gestion du risque infectieux est assuré par le CLIN ; instance rattachée à la CME qui valide le programme annuel. Pour décliner sur le terrain la stratégie de gestion du risque infectieux, l'IDE hygiéniste et le président du CLIN (médecin) s'appuient sur les Cadres de Santé qui participent aux réunions et sur les référents hygiène identifiés dans chaque secteur et les référents déchets et linge pour les secteurs de médecine et SSR.

Les rôles et responsabilités sont identifiés dans le Manuel Qualité et dans la politique du Risque Infectieux s'agissant de l'instance et formalisés dans les fiches de missions s'agissant des professionnels (IDE hygiéniste, référents, Agents des Services Hospitaliers-ASH).

La pharmacienne en lien avec l'IDE hygiéniste sont spécifiquement en charge de la promotion du bon usage des anti-infectieux, de la surveillance de la consommation des antibiotiques et de la lutte contre les résistances bactériennes.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

Sur le plan des ressources humaines, une IDE Hygiéniste intervient à 20% sur l'établissement (Convention avec le CHU d'Amiens). La pharmacienne est présente à 70% et il est en réflexion de la former au DU antibiotique (départ d'un praticien référent en antibiothérapie). L'IDE Coordinatrice de l'HAD est formée à l'hygiène hospitalière (DU). La coordonnatrice des risques associés aux soins participe aux travaux du CLIN. Un réseau de référents (hygiène, déchets, linge) est déployé au sein des unités.

Pour l'hygiène des locaux, les agents des services hospitaliers et les aides-soignants sont chargés du nettoyage des chambres. Les locaux communs, bureaux et couloirs sont sous-traités à un prestataire extérieur. Le recueil des indicateurs liés au risque infectieux relève de l'IDE Hygiéniste. Ce recueil fait l'objet d'une validation par le médecin Président du CLIN et par la Coordinatrice des risques associés aux soins.

Sur le plan des compétences, le CLIN définit chaque année les axes de formation à déployer et à inscrire au plan institutionnel. Le plan de formation institutionnel reprend annuellement des formations sur la thématique hygiène. Des actions de formations/sensibilisations portées par l'IDE hygiéniste en interne sont également prévues (comme les sensibilisations menées lors de la journée hygiène des mains, journée Semaine Sécurité des Patients ou encore « Qualirisque »). Ces actions font l'objet pour certaines d'une communication sur le site internet et sur le Journal local « Courrier Picard ». Les « Flash Info Qualité » (FIQ) sont également un support d'information et de sensibilisation (FIQ de janvier 2017 portait sur le risque infectieux). Par ailleurs, l'accès aux compétences en matière de prévention du risque infectieux prévoit des dispositifs complémentaires des formations. En effet, l'information du patient et de son

entourage sur la prévention du risque infectieux est organisée par l'affichage des précautions à prendre pour éviter la transmission en rapport aux BMR. Concernant l'information donnée aux nouveaux arrivants, l'IDE Hygiéniste voit systématiquement les « emplois saisonniers » sur un temps spécifique (convocation assurée par la DRH et tenue d'un émargement : 5 professionnels vus le 8 juillet 2016). Les Cadres de Santé et les référents étant identifiés également comme personnes ressources pour la transmission d'informations et l'accompagnement des pratiques.

Sur le plan des ressources documentaires, les protocoles et documents opérationnels de mise en oeuvre du processus sont établis et intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement accessible sur le serveur commun. Ces protocoles sont en adéquation avec les besoins de l'établissement : hygiène du matériel et des locaux, actes à risques infectieux, hygiène dans les soins et la gestion des eaux froides et chaudes pour exemples. La formalisation d'un arbre décisionnel pour traitement des antibiotiques est inscrite au plan d'action du compte qualité. Une procédure d'antibiothérapie de 1ère intention est formalisée.

Sur le plan des ressources matérielles, l'établissement organise la mise à disposition des services des équipements et produits nécessaires à l'entretien, à la protection des personnels, à la signalisation et à l'isolement du patient porteur d'agents infectieux (signalétique par affiche et sur le dossier du patient informatisé). Toutefois, le risque infectieux n'est pas totalement maîtrisé. En effet, l'architecture et la configuration des locaux ne permettent pas de respecter certains concepts d'hygiène (marche en avant en salle de soins) ou les mesures de protection de l'environnement (un lave bassin pour deux étages). Il est prévu de revoir et prendre en compte l'organisation des circuits lors de la reconstruction de l'établissement (projet validé par l'ARS).

Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation entre le dispositif de gestion du risque infectieux et les professionnels (la pharmacienne a accès aux résultats de biologie ainsi que les médecins via le dossier patient informatisé). La prescription antibiotique est informatisée. Les prescripteurs ont la possibilité de contacter un infectiologue du CHU d'Amiens pour avoir un avis. Ils peuvent également consulter « ANTIBIOGARDE ». Une réflexion en cours par la pharmacienne par rapport au paramétrage d'une alerte sur le logiciel dossier patient (DPI) pour la réévaluation de l'antibiothérapie. Toutefois, le bon usage des antibiotiques n'est pas totalement organisé. En effet, l'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques dont la formation et la traçabilité dans le DPI de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure ne correspond pas aux attendus du score agrégé ICATB.

Une des représentants des usagers participe aux réunions du CLIN. Le programme d'actions du CLIN est présenté en CDU et en CHSCT et validé par la CME.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services déclinent le programme qualité et gestion des risques institutionnels (PAQSS) recensant 49 actions liées à la gestion du risque infectieux, de façon transversale. Une vigilance particulière est apportée à l'hygiène des locaux en raison de la vétusté des locaux.

L'information et la sensibilisation des professionnels sur le risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales sont réalisées selon différentes modalités : réunions Conseils de service (3 fois par an), temps de transmissions, référents hygiène-déchets-linge et l'intervention possible de l'IDE Hygiéniste. La sensibilisation sur la gestion du risque infectieux pour les nouveaux arrivants repose également sur le livret d'accueil « Outil d'aide à la mise en place de la formation des nouveaux arrivants » et sur l'IDE hygiéniste qui a un temps de rencontre prévu avec les professionnels en « emploi saisonnier ».

Le contrôle de la conformité des pratiques est mené de façon inopinée par la Cadre du Service et/ou à l'initiative de l'IDE Hygiéniste (respect des mesures pour les patients porteurs de BMR ; vérification des traçabilités pour l'hygiène des locaux par exemple). Les résultats de ces contrôles et des évaluations réalisées ainsi que le suivi des indicateurs sont présentés en équipe et affichés dans les services. Des actions d'amélioration sont identifiées en CLIN et peuvent également émaner du terrain (pour exemple : la mise en place d'un diable pour transporter les déchets de l'unité de SSR2 jusqu'à l'extérieur. Cette action s'inscrivant également dans la prévention des troubles musculo-squelettiques). La feuille d'évènement indésirable est également identifiée comme une source d'information potentielle pour définir les dysfonctionnements et concourir à la définition des mesures pouvant être prises.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles (infirmière hygiéniste, pharmacienne, IDEC HAD formé au DU Hygiène, référents hygiène-déchets-linge, sollicitation possible d'un praticien du CHU d'Amiens formé en hygiène). Sur la base du plan de formation, les actions prévues sont dispensées soit par des organismes extérieurs, soit en interne par l'infirmière hygiéniste. Ces formations sont variées (Formation hygiène en 2016 pour

les référents hygiène, sur l'hygiène orale des personnes âgées, Séminaire des référents hygiène, entretien des surfaces). Une journée spécifique à l'hygiène des mains est mise en œuvre annuellement par le CLIN. L'IDE Hygiéniste participe également à la formation des professionnels en rapport à du matériel spécifique (formation sur le matériel PICC).

Les ressources documentaires sont disponibles, accessibles et connues des professionnels. Elles sont intégrées sur serveur dans le commun (procédure pansement, prise en charge des AES, recommandation sur l'hygiène des mains, recommandation pour la prise en charge des patients porteur d'ERG, nettoyage du matériel en HAD, tri et élimination des déchets, etc). Les précautions standard et complémentaires sont mises à disposition dans les unités ainsi que les règles à respecter en cas de besoin d'isolement d'un patient. Les règles à adopter pour le tri sélectif des déchets sont affichées.

Les ressources matérielles nécessaires au bon fonctionnement du processus sont disponibles (tabliers de protection, chariots de soins, SHA dans les couloirs, armoires à linge propre fermées, chariots à linge sale etc...). Les professionnels sont associés aux choix des équipements et matériels (recueil de la satisfaction des professionnels en cours par rapport à de nouvelles poubelles de tri des déchets). Les comptes rendus du CLIN sont formalisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis (traçabilité dans le dossier patient informatisé de l'acte de pose d'un cathéter, de sa localisation, de sa réévaluation et du suivi du changement de matériel. Cette même traçabilité est mise en œuvre pour le sondage urinaire).

Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'AES (affiche). Un avis médical par rapport à la consultation médicale est assuré par les médecins de l'établissement (y compris sur l'astreinte).

L'information donnée au patient et à sa famille par rapport aux précautions complémentaires est tracée dans le dossier patient informatisé. Les mesures sont connues et mises en œuvre.

Les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre sous la surveillance de l'infirmière hygiéniste, des Cadres de Santé et des référents. La traçabilité de l'entretien des locaux est effectuée (fiche de traçabilité présente sur les portes pour les chambres d'hospitalisation). Cette traçabilité est reportée sur une fiche hebdomadaire permettant une vue d'ensemble du suivi de l'entretien des chambres. La traçabilité de l'entretien des salles de soins, ainsi que la traçabilité du relevé des températures frigos sont effectives. La purge des circuits d'eau est réalisée et tracée. L'hygiène en restauration est assurée par le prestataire. Seul le relevé des températures lors de la distribution des repas est assuré par les agents de service. Différentes méthodes adaptées de surveillance et d'évaluation sont utilisées (audit, EPP, quick audit, prélèvements de surface, ...). Un affichage des indicateurs est effectif dans chaque service. Le signalement par la fiche d'événement indésirable (FEI) de l'établissement est mis en œuvre. Le CLIN se réunit 4 fois par an sur convocation du médecin Président de l'instance. Les comptes rendus des réunions sont rédigés. Comme le confirment les valeurs de la plupart des indicateurs spécifiques, (ICSHA 2 –A-106/100, ICABMR A-92/100, ICALIN2 A-87/100) la mise en œuvre de la prévention et de la lutte contre les infections associées aux soins est effective au sein de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'IDE Hygiéniste, en lien avec le CLIN, assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux sur la base d'outils identifiés et adaptés. Les résultats sont exploités et concourent à identifier des actions correctives. Les méthodes d'évaluation du processus sont variées (EPP sur la réévaluation de l'ATB entre la 24ème et la 72ème heure, suivi des AES, audit précautions standards, quizz hygiène des mains, quick audit SHA, recueil et suivi des IQSS, audit entretien des surfaces avec le prestataire, évaluation sur la connaissance du tri des déchets, audit tri des déchets, prélèvements bactériologiques de l'eau, suivi de la consommation des antibiotiques et des BMR dans le cadre du réseau CCLIN-ARLIN Nord, incidence des BMR, suivi des SARM et EBLSE, enquête de prévalence des infections nosocomiales, etc...). Certaines modalités d'évaluation sont reconduites avec une périodicité définie. Le volet du plan d'action qualité relatif à la gestion du risque infectieux fait l'objet d'une revue lors des réunions du CLIN auxquelles participe la Cadre de Santé responsable qualité permettant ainsi la mise à jour du PAQSS institutionnel. Un bilan d'activité annuel du CLIN est formalisé. La Direction soumet ce bilan dans le cadre du bilan global de la qualité et des risques aux instances (CME, CHSCT et CDU) pour avis dans leur champ de compétence.

A / AGIR

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

Dans le cadre de l'analyse des données disponibles, l'établissement a commencé à déployer des actions notamment en regard de la valeur de l'ICATB2. Les actions d'amélioration mises en œuvre au vu des

résultats constatés sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (PAQSS). A la faveur de la reconduction d'évaluations, l'établissement mesure l'impact des actions conduites et réajuste ses objectifs le cas échéant. En ce sens, l'évaluation des déchets a permis de revoir l'organisation du tri des déchets et les actions d'amélioration menées ont permis de réduire de moitié le poids des DASRI (passage de 8 tonnes en 2015 à 4 tonnes à décembre 2016). Cette nouvelle organisation de tri vient en réponse également à un des 13 engagements de la Direction énoncés dans la politique qualité « prendre en compte les impacts environnementaux et prévenir les pollutions environnementales potentielles ».

Des supports et modalités de diffusion sont établis et la communication des actions et des résultats est réalisée. La communication des résultats des indicateurs nationaux et institutionnels (quizz hygiène, quick SHA par exemple) se fait au travers d'affichage dans les secteurs de soins. Les journées sur la Semaine Sécurité des Patients et Qualirisque permettent également de communiquer les résultats et les actions en lien (la journée Qualirisque d'octobre 2016 abordait les bonnes pratiques d'utilisation du dispositif PICC, pour exemple). Les Cadres de Santé ainsi que les référents sont des vecteurs privilégiés pour le retour d'information.

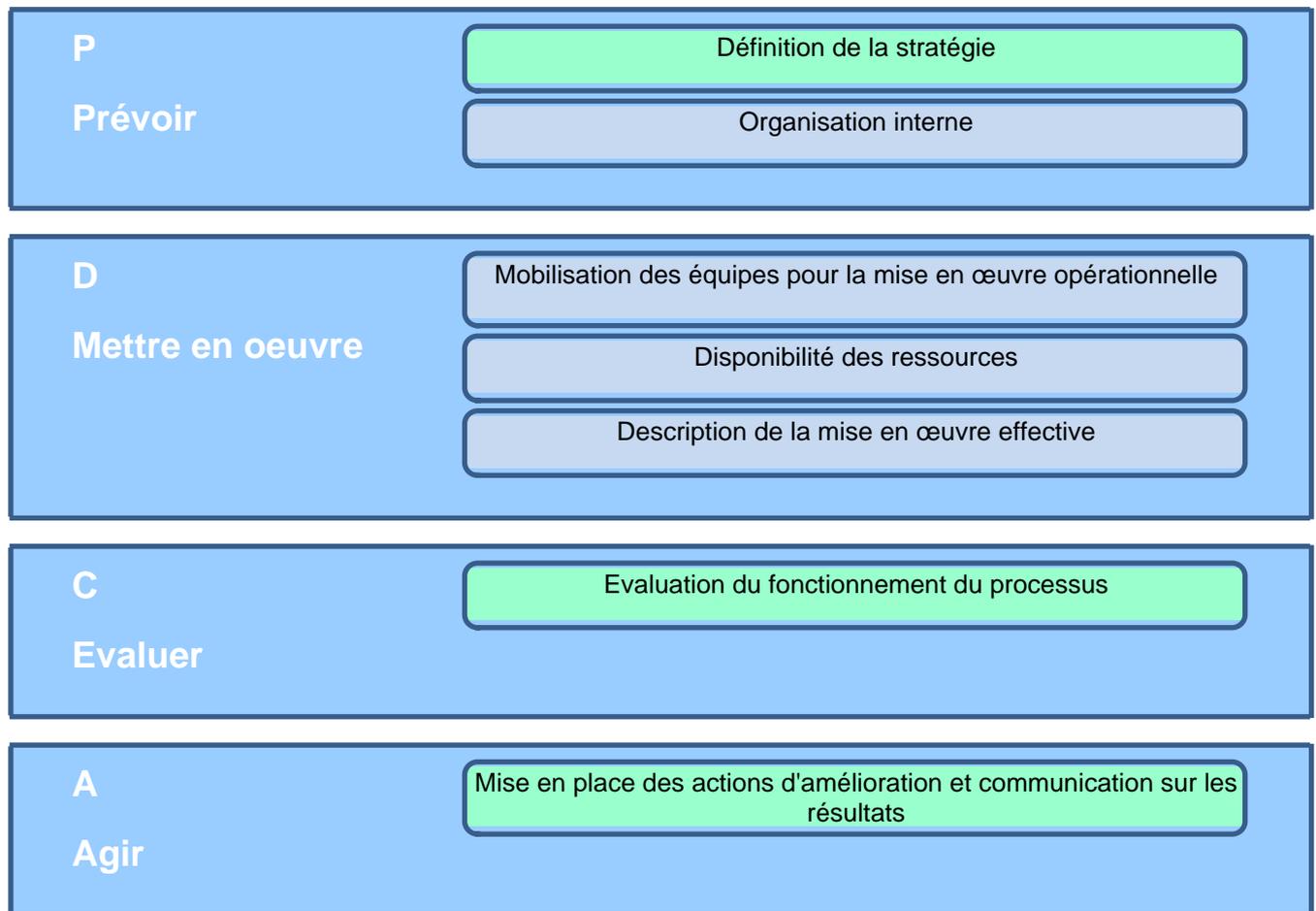
DROITS DES PATIENTS

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

Le politique droit des patients est inscrite dans le Projet d'Établissement au niveau du Projet médical, du Projet de soins et du Projet Qualité et Gestion des Risques. Les valeurs portées par l'établissement correspondent à sa mission de service public, à sa volonté de « promouvoir la bientraitance et offrir des soins personnalisés au plus près des attentes des patients » et « d'être à l'écoute de nos patients, de leur entourage, en assurant le respect de leurs droits ». Elles sont en concordance avec le public accueilli : population âgée, fragilisée et vulnérable. Des coopérations sont établies pour une offre de prise en charge la plus complète possible (en complément de l'équipe interne de soins palliatifs lien avec le Réseau PALPI et le réseau du CHU d'Amiens ; MAIA 80 - Réseau spécialisé sur les démences dont les maladies d'Alzheimer). Les besoins identifiés tiennent également compte des résultats des audits internes, des enquêtes de satisfaction, des questionnaires de sortie et de l'étude des plaintes et réclamations. Les représentants des usagers membres de la CDU participent à la définition de la stratégie de l'établissement et à l'information de l'établissement sur les besoins exprimés par ses usagers. Le Centre Hospitalier d'Albert a établi, sur la base d'une méthode explicite (accompagnement par la Commission de Management des Processus à l'aide d'un « KIT »), l'identification de ses risques liés aux droits des patients. Ils ont été priorisés selon la méthodologie de la grille HAS permettant ainsi d'identifier 7 risques dont 2 jugés prioritaires et figurant au Compte Qualité. Un plan d'actions accompagne chacun des risques identifiés au compte qualité, à l'exception du risque concernant le défaut de confidentialité lié à l'architecture des locaux (Projet de reconstruction validé par l'ARS). Les actions prévues pour les autres risques sont reprises dans le programme d'actions institutionnel (PAQSS) qui est formalisé et priorisé. Ce plan d'actions relatif aux droits des patients définit les objectifs d'amélioration, les actions de traitement des risques, le pilote de l'action, l'échéance prévisionnelle de réalisation et en grande partie la modalité de suivi (pour 8 actions sur 13). Le CQ a été validé par l'instance en lien, à savoir la CDU et dans sa globalité en réunion conjointe du Directoire et de la CME en date du 25 juillet 2016.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter son processus droits des patients. Il passe par un groupe pluriprofessionnel piloté et co-piloté par la Chef de service des relations avec le public, la Cadre de Santé et le médecin de médecine/SSR1. Ce groupe est en lien avec le COPIL QGDR en tant qu'instance stratégique et avec la CDU en tant qu'instance décisionnelle. Le déploiement du respect des droits au niveau opérationnel passe par les instances et groupes spécifiques (CLUD et groupe processus en lien s'agissant du respect du droit de prise en charge de la douleur, pour exemple). Les missions et rôles des pilotes ont été définis, formalisés et communiqués. Les missions de la Chef du service des relations avec le public sont formalisées dans une fiche de poste. Les missions de la CDU, décrites dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques et rappelées dans les bilans annuels, font de cette instance un partenaire dans ce pilotage. Les professionnels en charge des relations avec les usagers et de l'accès du patient à son dossier sont identifiés (médecin médiateur, secrétaire de direction et les Cadres de Santé s'agissant des plaintes et réclamations et les secrétaires médicales s'agissant de l'accès au dossier). L'établissement organise une permanence hebdomadaire sur une plage horaire déterminée par le médecin médiateur de la CDU. Référent des plaintes et réclamations, il peut recevoir les familles et/ou patients. Un Comité Ethique est en place. Son rôle et ses missions sont formalisés dans la Manuel Qualité et Gestion des Risques. Au regard de ses missions, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, en ressources matérielles et en ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. En matière de ressources humaines, une assistante sociale est présente dans l'établissement, elle concourt à faire valoir les droits des usagers. Un affichage dans les services informe sur ces temps de présence. En son absence la personne du bureau des entrées prend le relais au niveau des demandes de rendez-vous. Cette dernière a suivi une formation de « mandataire » en 2016. La secrétaire du Département Qualité assure le secrétariat de la CDU. Une psychologue intervient dans le cadre de la prise en charge psychologique des patients mais également dans le cadre de situation compliqué à la demande des équipes pour organiser un échange sous forme « groupe de parole ». Les deux Cadres de Santé ont un DU gérontologie. Au regard des prises en charge, des professionnels ont un DU « soins palliatifs » (Cadre de Santé, deux médecins, IDEC HAD et une aide-soignante) et un médecin a une Capacité en gériatrie. Une infirmière est en cours de formation sur un DU Ethique. Le plan de formation prévoit la programmation annuelle de thématiques en lien avec les droits du patient et la bientraitance (Droits des usagers en mars 2016, douleur en juin 2016, annonce d'un dommage lié aux soins en octobre 2016, gestion de l'agressivité et de la démence,...). Les Cadres de Santé assurent la sensibilisation des étudiants lors de l'entretien d'accueil et également par la remise du livret « outil d'aide à la mise en place de la formation des nouveaux arrivants » aux nouveaux arrivants, qui énonce des

consignes sur le respect de la dignité et de l'intimité pour tous les patients.

La gestion documentaire est informatisée et centralisée sur le serveur dans le « commun ». Elle intègre la documentation nécessaire au déroulement du processus droits des patients, elle est accessible et adaptée aux besoins. Un classeur, disponible dans les services, centralise le mode opératoire pour l'accès à la documentation informatique ainsi que le sommaire des procédures et formulaires présents dans le système (procédures : dépôt des objets de valeurs des personnes hospitalisées, accueil administratif des patients au bureau des entrées, formulaire directives anticipées, formulaire personne de confiance,...). Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins qui lui sont proposés, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, est formalisé. Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, de son refus de soins, est organisé, notamment en ce qui concerne la transfusion ou actes à risques comme la pose d'une sonde gastrique ou encore la perfusion de « Veinofor ». Les modalités de signalement d'une situation de maltraitance sont définies. La gestion des plaintes et réclamations ainsi que l'accès du patient à son dossier sont organisés et formalisés. Des ressources documentaires sont établies pour permettre d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, (« charte d'engagement au respect de la confidentialité et au respect de la dignité » signée par tous les agents et affichée à l'entrée des services), le respect des libertés individuelles, (charte de bientraitance, liste des ministres du culte annexée dans la procédure de sortie ou de transfert, prescription et réévaluation pour les contentions), l'accueil et prise en charge adaptés des patients, (« liste des personnes parlant une langue étrangère », utilisation d'un dispositif d'images par les ergothérapeutes ou encore d'une ardoise pour les patients non communicants). L'établissement diffuse l'ensemble des informations nécessaires au respect des droits des patients dans son livret d'accueil. Ce dernier est présenté au patient par le soignant qui l'accueille. L'affichage est assuré dans les unités et les lieux de circulation (tarifs, rôle de la CDU, Charte de la personne hospitalisée, Charte de la bientraitance, sensibilisation au bracelet d'identitovigilance, accès au dossier, personne de confiance, directives anticipées,...). Le système d'information institutionnel relatif aux droits des patients passe également par les documents mis sur le réseau « commun », les « Flash Info Qualité » (FIQ) et les actions menées sur les journées Semaine Sécurité du Patient et Qualirisque.

L'établissement prévoit les ressources matérielles permettant le respect des droits des patients. Les matériels sont déployés au sein des services. Les contraintes liées au bâtiment sont connues et prises en compte lors de l'attribution d'une chambre à un patient (par exemple, le patient moins déambulatoire sera placé dans une chambre proche du cabinet de toilette qui se trouve dans le couloir. Les chambres étant équipées uniquement d'un lavabo). La gestion des interfaces entre la direction, la CDU, les services de soins et les services administratifs est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité, ce qui favorise une articulation cohérente des missions et compétences permettant d'assurer le respect des droits des patients au sein de l'établissement. Le questionnaire de sortie prévoit un item pour recueillir les usagers intéressés pour être représentant au sein de la CDU et participer à la vie de l'établissement.

Concernant le système d'information, l'accès aux bureaux et aux salles de soins est sécurisé par digicode (présence des dossiers et fax). Toutefois, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas totalement respecté. En effet, les agents de la société de bionettoyage externe peuvent avoir accès à l'identité des patients hospitalisés et à leur dossier (salle de soins notamment). On constate donc une rupture au niveau de la confidentialité des données de santé du patient.

Les professionnels ont un code d'accès individuel pour accéder au dossier patient informatisé. Les sessions informatiques ont une mise en veille automatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services déclinent les valeurs institutionnelles, dont le respect des personnes et de leurs droits, partagées par l'ensemble des professionnels, dans le cadre d'une démarche de promotion de la bientraitance et de la qualité de l'accueil. Le management des différents services s'est saisi des actions ciblées dans le PAQSS du processus «Droit des patients». Il communique auprès de son équipe et organise la mise en oeuvre des actions d'amélioration.

Les réunions des instances, les réunions de Conseils de service, les transmissions ciblées sont des temps privilégiés mis à profit pour la sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur service. La mobilisation des équipes s'effectue encore par la diffusion d'informations via les affichages. Ces supports sont destinés à la prise de connaissance des résultats des évaluations et des risques identifiés en matière de respect des droits des patients et de rappel des bonnes pratiques ou nouveaux modes opératoires à mettre en oeuvre. Les cadres de santé disposent des résultats des questionnaires de sortie des patients ainsi que les plaintes et réclamations concernant leur service. L'ensemble des résultats est restitué aux équipes régulièrement (de façon orale et/ou affichage). Des indicateurs nationaux et propres à l'établissement sont disponibles dans les services de soins (à destination des professionnels et usagers). Des audits sont menés régulièrement au sein des services, (audit bracelet, personne de confiance) et de leurs conclusions sont tirés des plans d'actions et axes d'amélioration (modification en février 2016 du formulaire de recueil de la personne de confiance pour permettre de mieux différencier la personne de confiance de la personne à prévenir). En cas de dysfonctionnement, de signalement d'

événements indésirables ou d'observations relevées de façon récurrente dans les questionnaires de satisfaction, des évaluations et actions correctives sont immédiatement identifiées avec la participation des professionnels, elles sont intégrées au programme d'actions et mises en œuvre (sensibilisation au bruit, baisse de l'intensité des lumières dans les couloirs la nuit,...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations) sont disponibles dans les secteurs d'activité, elles permettent d'offrir un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage. Les personnels bénéficient de formations sur la connaissance et le respect des droits des patients qui portent notamment sur la bientraitance, les soins palliatifs, l'annonce d'un dommage lié aux soins, la bientraitance des personnes en situation de vulnérabilité.

La gestion documentaire informatisée est accessible depuis tous les services et elle est adaptée au fonctionnement du processus (fin de vie, bientraitance, personne de confiance, directives anticipées, accueil du patient, contention physique, démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins, respect de l'anonymat). Le serveur « commun » dispose d'un répertoire « bibliothèque éthique » permettant d'accéder à des recommandations, à des revues de presse, articles,...

La macro cible d'entrée (MAPED) est faite à chaque entrée ou à chaque changement de situation pour permettre la situation du patient à un moment « T ». Les ressources matérielles mises à disposition sont adaptées au respect des droits des patients. Les pratiques permettent de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients. L'entretien avec la psychologue se fait toujours en chambre ou dans un bureau s'il s'agit d'une chambre à deux lits. Les familles peuvent être reçues dans le bureau des médecins, de la Cadre (en médecine – SSR) ou dans un salon en (médecine-SSR1). La signalétique est adaptée. Des espaces et salons ont été aménagés à l'usage des patients pour l'accueil des proches. Des solutions de restauration et d'hébergement pour les accompagnants sont offertes dans les services (possibilité de lit accompagnant en cas de prise en charge palliative). Les chambres sont majoritairement individuelles (4 chambres doubles sur 50). Des équipements, type rideau télescopique sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre. Des aides sont apportées pour permettre la déambulation des patients en situation de handicap (fauteuil roulant, déambulateur) ou leur mobilisation (harnais, lève malades). Des dispositifs d'ouverture des portes permettent de contenir les patients désorientés ou souffrant de troubles cognitifs tout en préservant la liberté d'aller et venir pour les autres patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les représentants des usagers ont participé à la préparation de la visite de certification. Ils ont notamment validé le CQ sur le processus droits des patients. Ils sont impliqués et tenus informés sur les projets en cours (projet de reconstruction des bâtiments). La composition de la CDU est conforme à la réglementation. Elle se réunit 3 fois par an sur la base d'ordres du jour qui respectent ses missions et attributions ce que confirment les comptes rendus. Sa composition et ses missions sont mentionnées au livret d'accueil remis au patient (suivi du nombre de livrets remis). Il décline le droit du patient de désigner une personne de confiance, de demander la création du dossier médical personnel, d'accéder à son dossier médical, d'être hospitalisé sans que sa présence soit divulguée, etc... En termes de confidentialité, tous les professionnels ont signé une Charte s'engageant par cet acte au respect de la confidentialité et respect de la dignité (affichée à l'entrée des services). L'encadrement assure une veille régulière d'éléments contributifs à garantir la confidentialité : porte fermée de salle de soins, mise en veille des ordinateurs, ne pas évoquer de noms de patients dans les couloirs, par exemple.

L'encadrement assure une veille régulière d'éléments contributifs à garantir la confidentialité : porte fermée de salle de soins, mise en veille des ordinateurs, ne pas évoquer de noms de patients dans les couloirs, par exemple.

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la politique des droits des patients. L'accueil du patient est personnalisé et le soutien de l'entourage est effectif dans les situations qui le nécessitent, avec intervention en fonction des situations propres, de la psychologue, de l'assistante sociale, de l'équipe soins palliatifs. Une liste d'interprètes permet l'instauration d'un dialogue avec les patients ne parlant pas le français et des aides sont utilisées pour la communication à destination des personnes mal entendant (ardoise) ou encore aphasiques (banque d'images tenue par les ergothérapeutes). Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient par les personnels des services. Le recueil des habitudes de vie et des aversions alimentaires est réalisé dès l'admission. Une liste des ministres de divers cultes pouvant être appelés est accessible via les Cadres de Santé. Le projet thérapeutique est réajusté en fonction des évaluations en réunion d'équipe dont la trace figure dans le dossier informatisé du patient. Les éventuelles restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et sont réévaluées (procédure contention). En cas de dommage lié aux soins, l'équipe se réfère à la procédure validée sur l'établissement. Les équipes veillent à respecter le rythme du patient (la toilette peut être repoussée si le patient a été agité durant la nuit et a besoin de repos le matin). Tout refus de soin du patient est inscrit au dossier. La traçabilité des actions (désignation de la personne de confiance, recueil des habitudes de vie et des aversions alimentaires, etc.) est assurée dans le dossier du patient. Le dispositif de traçabilité mis en œuvre par les professionnels constitue un atout significatif dans la lisibilité des besoins et attentes des patients ainsi que dans le respect de leurs droits. L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé du patient ainsi que son information (pour les transfusions par exemple, un document donnant les informations et risques liés à l'acte est remis systématiquement au patient et la

traçabilité de l'information donnée et du recueil du consentement sont tracés). Les professionnels sont encouragés à signaler les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes (procédure). Les FEI sont également utilisées pour signaler les dysfonctionnements observés concernant le respect des droits des patients. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec l'encadrement du service concerné. Un rapport circonstancié est demandé aux médecins du service et aux cadres de santé. La réponse du directeur adressée au plaignant est ensuite affichée à destination uniquement des professionnels » La CDU émet des recommandations reprises dans le plan d'action institutionnel et un bilan annuel est établi. Chaque réunion de la CDU est tracée dans un compte-rendu. L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont suivis pour en évaluer le délai de réponse. Forts de cette culture de respect des droits des usagers, les professionnels font preuve d'une habitude de travail permettant d'appréhender toute situation imprévue ou particulière et de l'analyser pour dégager une réponse appropriée. En ce sens, une vaisselle dédiée, colorée et de petite taille a été mise en place pour donner aux patients hospitalisés en soins palliatifs l'envie de manger.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « droits des patients » sont réalisés à partir du recueil des plaintes et réclamations, de l'exploitation des événements indésirables relatifs aux droits des patients, des EPP conduites et du retour des questionnaires de satisfaction collectés et analysés périodiquement. Ce questionnaire de satisfaction comprend des items relatifs aux droits des patients. Le taux de retour pour l'année 2016 est de 19% (médecine-SSR-HAD). Les résultats sont restitués aux équipes et à la CDU. Des audits sont organisés (audit port du bracelet, audit entretien des chambres). L'évaluation de l'ensemble du processus droits des patients est basée également sur le recueil d'indicateurs de suivi propres à l'établissement (nombre de demandes de dossiers médicaux, délai de réponse aux demandes de dossiers, nombre de plainte et réclamation, délai de réponse aux plaintes et réclamations, taux de personnel formé aux droits du patient et à la bienveillance, nombre de livret d'accueil remis,...). Le recueil des indicateurs nationaux obligatoires ainsi que la participation au dispositif e-satis sont effectifs (e-satis taux de retour non significatif pour être pris en compte). Le rapport annuel d'activité de la CDU est établi et présenté aux instances de l'établissement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration relatives aux droits des patients sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Les actions sont planifiées et suivies en lien avec le Département Qualité au regard des résultats obtenus. Les résultats des questionnaires de satisfaction, du suivi des plaintes et réclamations, des demandes d'accès au dossier, de l'activité sociale, sont partagés avec la CDU qui peut émettre des propositions d'actions. Les actions sont reprises dans le PAQSS. La communication des résultats des évaluations et des actions menées est assurée auprès des professionnels de terrain, des instances de l'établissement à savoir la CDU et au COPIL Qualité et Gestion des Risques qui pilote le PAQSS et la démarche stratégique. L'information est délivrée auprès des personnes extérieures (IDE libérales, ambulanciers, visiteurs) par le biais d'actions de sensibilisation menées lors de la journée Semaine Sécurité des Patients.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

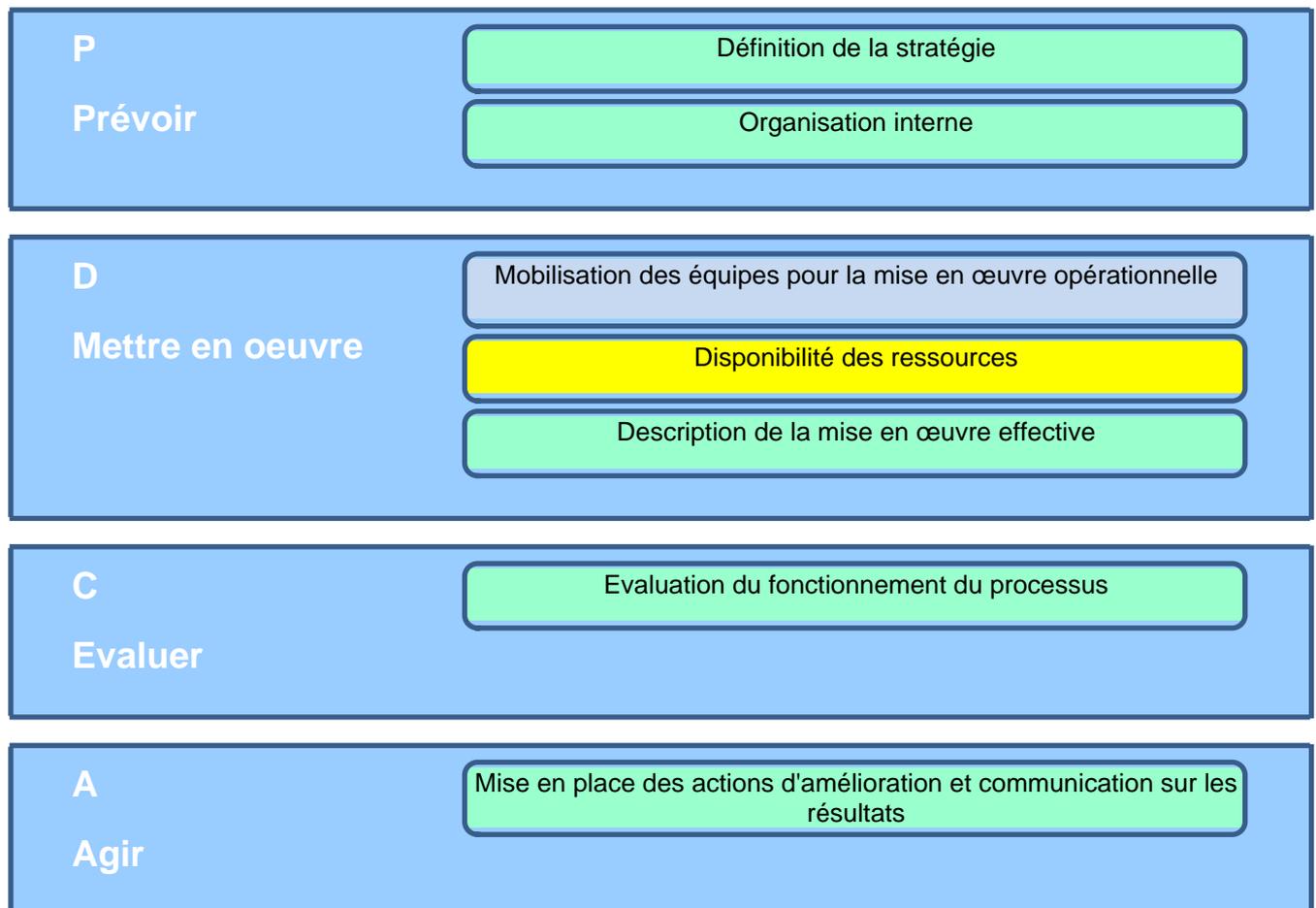
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est autorisé pour exercer l'activité de soins de médecine y compris sous la forme d'HAD, de SSR adultes dont certains lits à orientation PAPD. La politique du parcours patient et les objectifs liés sont, élaborés sur la base d'une identification des besoins dans un contexte territorial de maillage de l'offre de soins (populations – pathologies – typologies de parcours) sur le territoire de santé « Somme-Littoral Sud », concourant à faire évoluer la logique de réseau de soins, et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées (COPIL – CME), est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement (2016 – 2019), dans un contexte sanitaire en pleine reconstruction et dans un objectif de modernisation des locaux. L'identification des besoins au plan de l'offre de soins est assurée sur la base de besoins exprimés par les équipes et à partir des données régionales et nationales de l'offre sanitaire et médico-sociale. L'analyse stratégique est régulière et pose le cadre des développements de l'offre de proximité par des équipes opérationnelles (80% des admissions sont réalisées à partir des médecins généralistes sans passer par une structure d'urgences) : développement des partenariats et collaborations sur le territoire et ancrage du CH d'Albert comme acteur local du parcours patient, développement de l'hospitalisation à temps partiel, prise en charge de la personne âgée, développement des actions de prévention, permanence et sécurité des soins dans un souci de soutenabilité économique. La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptées aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les valeurs de l'institution (réduction des inégalités de santé - attention à la personne – souci de bienveillance) président à toute réflexion en terme d'offre de soins. La cartographie des risques sur le parcours patient a été travaillé à plusieurs niveaux : l'accueil – la sortie – les parcours en fonction des modes d'entrée et des spécificités de prise en charge. Elle a été enrichie par les résultats relatifs au suivi de la V2010, les événements indésirables déclarés et les résultats des EPP, des CREX et RMM. Un plan d'actions institutionnelles, validé par le directoire, la CME et le COPIL est articulé avec le compte qualité et en précise les modalités de mise en œuvre.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus reposant sur le directeur des soins et les responsables d'unité, en articulation avec le président de CME. Les membres de la Direction des Soins et les personnes ressources sont associés aux pilotes. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches métier des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif avec une gestion des compétences spécifiques, axe de formation sur l'acquisition de compétences en cohérence avec les orientations stratégiques), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc... intégrés dans le plan d'investissement) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les protocoles sont déclinés selon les étapes de la prise en charge – les parcours spécifiques et/ou les situations particulières. Les adaptations des effectifs et compétences sont adaptées aux fluctuations des besoins et des formations sont proposées pour y répondre, intégrées dans le plan de formation. L'établissement favorise l'acquisition de compétences spécifiques sous forme de DU permettant une professionnalisation de la prise en charge à tous les niveaux (encadrement – IDE – AS). La gestion des interfaces est organisée, tant en externe qu'en interne, pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le rôle des relais entre les équipes et le management est important, permettant une fluidité des échanges et une adhésion des équipes à la dynamique de l'institution. L'accueil, la prise en charge et l'orientation des patients relevant de l'urgence sont organisés. Des conventions de partenariat avec des structures sanitaires, médicosociales et réseaux sont signées. Elles permettent, en outre, d'orienter les patients vers les structures adaptées. L'outil trajectoire facilite l'accueil et l'orientation des patients en soins de suite. Les règles de présence médicale et paramédicale et la coordination des professionnels sont définies. Si elles permettent d'assurer la permanence des soins ; les possibles situations de réponse à un appel de l'HAD par l'IDE de nuit de SSR 2 entre 20h30 et 7h30, démunissent ce secteur d'une permanence IDE. Dans ce cas l'IDE de médecine couvre l'ensemble des lits de médecine et SSR, et la couverture SSR 2 est réalisée par 2 AS dont l'une est détachée de l'EPHAD. L'établissement a mis en place une astreinte technique et administrative. Le plan directeur approuvé par l'ARS comprend la construction d'un bâtiment regroupant le secteur de médecine, SSR et HAD, les consultations externes spécialisées et le plateau technique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité et les personnes

ressources organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels concernant le parcours patient intégrant l'annonce d'un diagnostic, l'éducation thérapeutique, la prise en charge de situations ou de populations spécifiques (personnes âgées – personne atteinte de handicap – personnes démunies – personnes sous tutelle – maladies chroniques). Un groupe de travail sur la bientraitance est mis en œuvre. Les responsables des secteurs d'activité et personnes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) au regard des résultats des audits et EPP réalisés et communiqués.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations régulières), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Dans le cadre des compétences transversales, au-delà des compétences métiers (psychologue – ergothérapeute – Educateur sportif (APA) – kinésithérapeute – assistante sociale), des référents ayant reçu des formations spécifiques sous forme de DU pour certains sont identifiés comme personnes ressources (douleur, diététique et nutrition, éducation thérapeutique, plaies et nutrition, prise en charge palliative et de la fin de vie, éducation thérapeutique, gérontologie, éthique et santé, mobilité...). Les formations réalisées sont nombreuses et concernent :

AFGSU1 = 2014 : 11 / 2015 : 10 / 2016 : 10 + 10 recyclages; AFGSU2 = 2014 : 11 / 2015 : 20 / 2016 : 11; Risque suicidaire : 12; Plaies et cicatrisation : 12 dont 2 DU; Soigner la nuit = 2014 : 13 / 2016 : 11; Patient traceur = 2016 : 23; Bientraitance = 2014 : 13 / 2015 : 14; Education thérapeutique = 35 formés depuis 2009 (cadre sup, cadre, ide, AS et médecin)

Échange pluri professionnels avec UNSINV du CHU d'Amiens = 2016 : 4. Pour l'ETP, certains professionnels ont reçu la formation de 40H00 nécessaire à mener un programme (1 CS - 8 IDES - 5 AS). Les ressources documentaires actualisées sont accessibles via la gestion documentaire et concernent les compte-rendus de réunions, les procédures, protocoles. Les prises en charge spécifiques font l'objet de procédures et concernent les patients à risque suicidaire, les patients atteints de handicap, les patients à risque de chutes. Les contraintes de locaux peu adaptés sont importantes et impactent l'organisation de la prise en charge (chambre à deux lits étroits, sans toilette). Le matériel est adapté à la population accueillie (fauteuils, verticalisateurs) grâce au recours à la location dans certains cas (matériel pour patients obèses, escarres) ; les outils utilisés adaptés au profil patient (échelle douleur EVA et patient non communicant, par exemple). L'encadrement veille à la bonne adéquation des ressources. Le système de garde et d'astreintes, garantissant la permanence des soins, est opérationnel. Cependant, la mobilisation de l'IDE de SSR 2 la nuit pour les interventions possibles en HAD dans le cadre de la permanence des soins, modifie le taux d'encadrement du SSR 2 – EPHAD qui passe d'un binôme IDE/AS à un binôme AS. L'IDE de médecine gère alors 20 lits de médecine et 30 lits de SSR sur deux bâtiments distincts. La direction en lien avec les professionnels d'encadrement a en charge le développement de la communication et la diffusion de l'information.

La gestion des interfaces est organisée tant en externe qu'en interne. En externe, des conventions de partenariat avec des structures sanitaires, médicosociales et réseaux sont signées permettant l'accès aux compétences complémentaires (secteur de psychiatrie – équipe de liaison en addictologie – soins palliatifs - gérontologie). L'HAD des ES publics et privés environnants permettent la mise à disposition d'IDE de liaison, facilitant l'évaluation et l'orientation des patients vers l'HAD. Un lit de repli est disponible pour les patients de l'HAD, en cas de besoin : épuisement de l'entourage, volonté d'un retour sur le CH d'Albert. L'outil trajectoire permet d'orienter les patients en soins de suite. Cependant, le système d'astreinte tel que défini à ce jour en HAD, avec le recours à l'IDE de SSR 2 en cas de besoin, ne garantit pas la prise en charge des urgences vitales dans des délais optimum au sein de l'ES. L'IDE de SSR 2 peut être amené à intervenir à 30 kms d'Albert pour des prises en charge plus ou moins longues. C'est l'IDE de médecine qui couvre les lits de médecine et SSR pendant ce temps sur deux structures distantes (établissement pavillonnaire). Une nouvelle organisation doit être validée en CTE le 13 Février.

Le chariot de prise en charge des urgences vitales est partagé sur 2 étages dont l'accès se fait par un ascenseur. L'ES a équipé, pendant la visite, le SSR 1 d'un sac pour la prise en charge des urgences vitales. Le chariot contenant les médicaments est stocké en SSR 1.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (Hospitalisation complète – SSR – HAD - prestataires de l'établissement). La traçabilité est assurée. Le parcours du patient repose sur un accueil organisé, structuré et personnalisé (présentation du livret d'accueil et de l'environnement) ; après passage en commission SSR pour cette orientation et validation de la demande d'admission par le médecin coordonnateur en HAD, facilitée par l'affectation récente d'un IDE de liaison et sous couvert de l'accord du médecin traitant et du patient et de son entourage. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé intégrant une évaluation des risques (troubles nutritionnels - risque suicidaire - risque d'escarre - risque de chute – risque de fugue – trouble de la déglutition - évaluation sociale) et la mise en place d'actions de prévention, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Cette évaluation médicale, et sociale est tracée au

dossier (macro cible d'accueil). Des dispositions particulières sont mises en œuvre sur certains parcours : filière post-AVC pour exemple avec atelier de l'équilibre. Les mesures sont mises en œuvre pour chaque risque identifié, facilitées par la concertation pluriprofessionnelle existante dans les staffs hebdomadaires en SSR. Le projet de soins est personnalisé, concerté, y compris avec l'entourage. Il intègre la réflexion bénéfice-risque. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés. Pour tout problème identifié, il existe une concertation entre professionnels en vue d'améliorer la prise en charge (staffs ou RCP). Toute information utile à la continuité des soins est tracée dans le dossier patient. La prise en charge de l'urgence vitale est organisée [procédure connue des professionnels, numéro d'appel, matériel opérationnel et contrôlé à périodicité définie]. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence (AFGSU/ en 2015 et en 2016). L'éducation thérapeutique du patient est déployée dans une démarche pluriprofessionnelle. Elle concerne les thérapeutiques, les suites opératoires (stomie), les risques de chutes, les conduites addictives. Des supports éducatifs sont disponibles et remis au patient (« Bon pied Bon œil ») pour la prévention des chutes. Le suivi est assuré en consultation en cas de besoin. La prise en charge de la personne âgée fait l'objet d'une réflexion autour du développement d'une politique de bientraitance et d'un axe particulier en terme de iatrogénie médicamenteuse. L'établissement forme des assistants de soins en gériatrie. La sortie permettant d'assurer la continuité des soins est anticipée, associant les patients et leurs proches et se décline selon les critères d'éligibilité en PRADO - HAD – domicile avec mise en œuvre des aides au besoin. Les éléments de sortie sont préparés selon une check-list et transmis dans des délais réglementaires au regard des indicateurs IPAQSS concernant les éléments de sortie qui montrent des résultats atteignant la cible. La sortie permettant d'assurer la continuité des soins est anticipée, associant les patients et leurs proches. La réflexion sur les limitations et arrêts des thérapeutiques actives est réalisée de façon collégiale avec une réflexion sur le développement d'une prise en charge palliative et des procédures y concourant (directives anticipées - sédation pour détresse en phase terminale). Le comité d'éthique concourt à la réflexion sur les prises en charge complexes. Les professionnels sont formés à la PC des décès, accompagnés par l'EMDSP. La prise en charge psychiatrique est facilitée par les collaborations organisées avec les IDE ou psychiatre de liaison, et l'équipe mobile de soins psychiatriques pour personnes âgées (EMSPPA En HAD, la liste des patients). La continuité de la prise en charge repose sur une permanence médicale et paramédicale organisée sur le principe d'astreintes médicales et paramédicales. Des avis compétents sont recherchés en cas de besoin en intra (accès à des spécialistes en consultations externes) et extra hospitalier (infection).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des audits sont réalisés (prise en charge en soins palliatifs). Des enquêtes de satisfaction concernent la prise en charge. Par ailleurs, les indicateurs IPAQSS, les RMM et 10 patients traceurs (réalisés en fonction du mode d'entrée et de la prise en charge) participent de ce processus d'évaluation. L'EPP concernent le risque suicidaire, le positionnement au fauteuil, le PPS, les chutes, la continuité des soins, le dépistage de la dénutrition. Une enquête de prévalence des patients porteurs d'escarres est organisée avec le prestataire de matelas.

A / AGIR

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

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

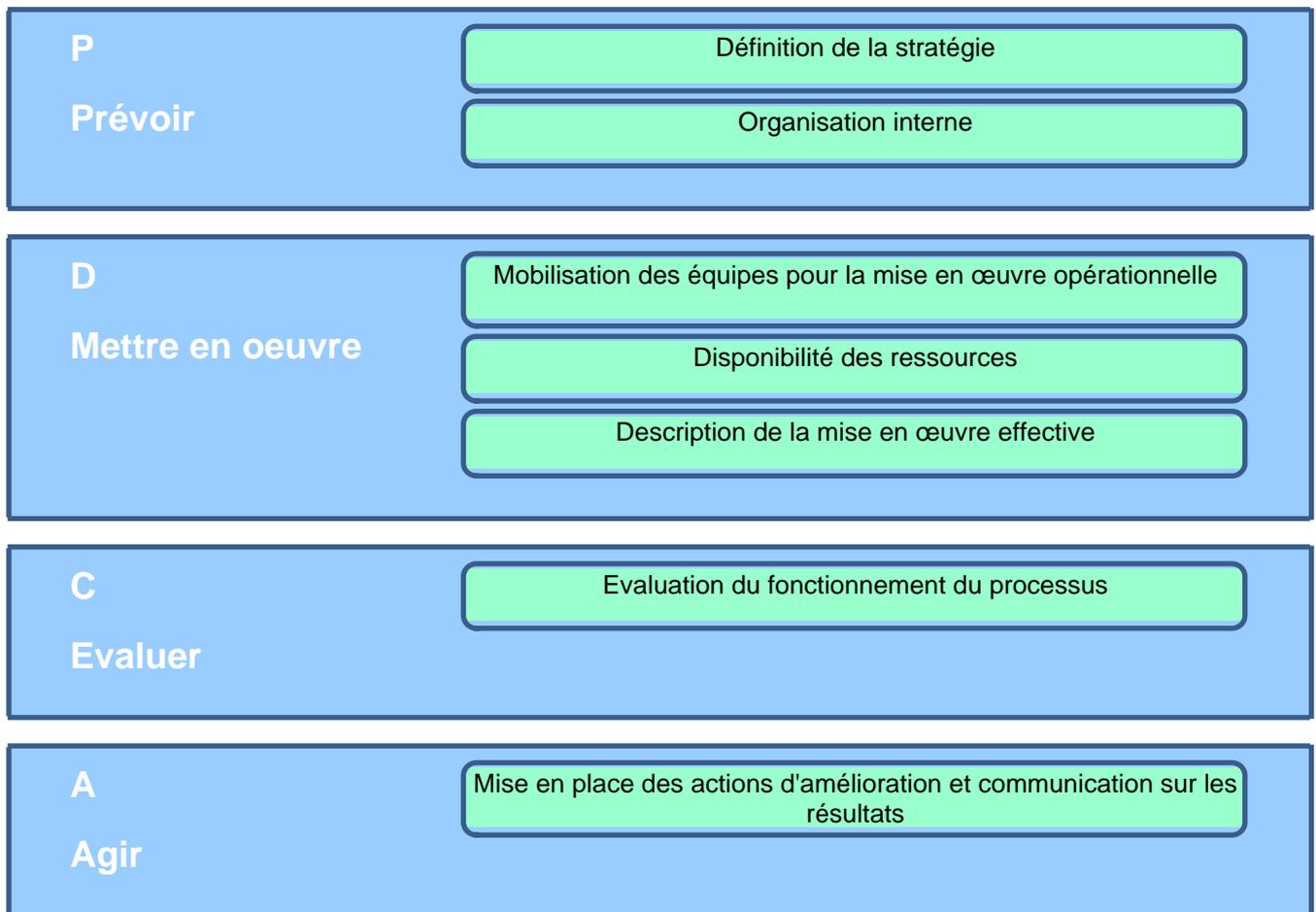
DOSSIER PATIENT

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 d'Albert a initié en 2007 son projet de déploiement d'un dossier patient informatisé pour répondre aux orientations nationales et à ses besoins propres liés aux modes de prise en charge qu'il assure (MCO, SSR) ; l'informatisation au niveau de l'HAD étant quant à elle toujours en cours de déploiement. Pour élaborer sa stratégie, l'établissement a mobilisé des données telles que les résultats de la visite de certification V2010, les objectifs du CPOM, les résultats des indicateurs HN, des IQSS, des EPP (conformité de la prescription médicale en service HAD et adéquation de la traçabilité de l'administration) et des audits menés en interne sur la thématique du dossier patient. Il identifie également les objectifs liés au système d'information dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire en participant aux réunions médicales et projet de soins dans lesquelles sont abordées la thématique « dossier ». Les risques du processus sont identifiés. Ils ont été priorisés selon la grille HAS avec les professionnels et sont en cohérence avec le contexte et les besoins de l'établissement. Les objectifs poursuivis et les risques prioritaires identifiés sont inscrits au compte qualité. Les mesures d'amélioration sont retrouvées dans le programme d'actions institutionnel (PAQSS) présenté et validé par les instances. La politique d'amélioration de la qualité, sécurité et gestion « dossier patient » est intégrée dans le projet d'établissement 2016-2019 présenté et validé par les instances (Conseil de Surveillance-Directoire, CME, CTE, COPIL Qualité et Gestion des Risques). Cette politique énonce quatre objectifs stratégiques :

- Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.
- Répondre aux exigences réglementaires de la tenue du dossier patient.
- Développer la formation des professionnels sur l'utilisation du dossier patient.
- Garantir une disponibilité permanente du dossier informatisé.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier d'Albert a établi une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus « dossier patient ». Le pilotage stratégique revient au COPIL Qualité et Gestion des Risques. La déclinaison opérationnelle passe par un groupe pluriprofessionnel piloté par la Cadre de Santé responsable qualité. Celle-ci a été identifiée sur ce pilotage puisqu'elle a mené tout un travail sur la formalisation, la mise en œuvre et l'évaluation du processus « dossier patient » dans le cadre de son DU Qualitologie. Ce groupe de travail est en lien avec l'instance CIV-DPA (Cellule d'IdentitoVigilance- Dossier PATient) et les référents informatiques/dossier informatisé s'agissant du déploiement du respect des règles relatives au dossier. Les missions et rôles de la pilote du processus dossier ont été définis, formalisés et communiqués. Les missions de la CIV-DPA sont formalisées dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques. Les missions de la CDU sont décrites dans ce même manuel et appelées dans les bilans annuels de la CDU ; et font de cette instance un partenaire dans ce pilotage. Le suivi des indicateurs IQSS de tenue du dossier patient est organisé et piloté par le Département Qualité. Les acteurs impliqués dans la gestion du dossier et dans la gestion des demandes d'accès sont identifiés et leurs rôles sont formalisés (référents informatiques, Médecin DIM à 10%, Responsable Système d'Information, Président de CME, secrétaire TIM, secrétaires médicales, Cadres de Santé).

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Sur le plan des ressources documentaires, les organisations sont formalisées. L'accès du patient à son dossier est organisé et l'information en est donnée par le livret d'accueil et par affichage à l'entrée des services. L'archivage du dossier est organisé en lien avec le secrétariat médical. Une procédure gestion du dossier patient est à disposition dans la gestion documentaire informatisée. Elle traite de la création du dossier, son archivage et les conditions de destruction. Les procédures dégradées pour la gestion du dossier patient en cas de rupture du système sont établies (Procédure de fonctionnement du mode dégradé en cas de panne informatique du service admission et procédure gestion dossier patient en mode dégradé en médecine et SSR). Les habilitations des droits d'accès sont données par profil métier. L'organisation est décrite dans la procédure d'accès au dossier patient. Le traitement des anomalies est prévu (procédure fusion des doublons) et le suivi est organisé au niveau de la CIV-DPA.

S'agissant de l'information du patient, le livret d'accueil comprend des informations quant au droit d'accès au dossier ainsi que sur la réglementation relative à « l'informatique et libertés ». Un affichage à l'entrée des services vient compléter ce dispositif.

Sur le plan des ressources humaines, la formation des utilisateurs du dossier patient est prévue au plan de formation institutionnel (identitovigilance, formation des référents, formation mise à jour du logiciel,...). Le dispositif d'information/formation des nouveaux arrivants concernant l'utilisation du dossier patient passe par les Cadres de Santé, les référents mais également par le livret « outil d'aide à la mise en place de la formation des nouveaux arrivants ». Ce document aborde le dossier du patient sous deux angles : le circuit du médicament et la sécurité du système d'information. Des guides d'aide à l'utilisation

du logiciel dossier patient informatisé sont disponibles sur le serveur « commun ». La sensibilisation aux risques spécifiques est organisée et les utilisateurs des applications informatiques signent une charte à leur arrivée dans l'établissement.

Sur le plan des ressources matérielles, les équipements nécessaires au système d'information, support du dossier patient, sont identifiés et leur mise à disposition est organisée. La politique d'investissement de l'établissement en matériel informatique a permis le déploiement du dossier informatisé pour l'ensemble des intervenants de médecine et SSR. La gestion du renouvellement des équipements est de la compétence du Responsable du Système d'Information (logiciel de gestion du parc informatique). Concernant la HAD, Le Centre Hospitalier projette d'équiper les professionnels de tablettes afin d'assurer une traçabilité des données sur support informatique. Une rencontre avec le prestataire est prévue mi-février 2017. Il sera notamment discuté de la prescription médicale en HAD sur ce matériel.

L'établissement prévoit les dispositifs visant à garantir la disponibilité, l'intégrité des données. L'accès à la salle serveur localisé dans le bâtiment administratif est sécurisé. L'absence de matériel de détection incendie est validée par la Commission Sécurité. Les données sont sauvegardées quotidiennement et répliquées sur un boîtier secondaire localisé dans un bâtiment distinct (EHPAD). Les accès au local des archives, aux salles de soins, aux bureaux (médecins et Cadres de Santé) sont sécurisés. Les sécurités mises en place sur le plan informatique et en termes d'organisation et de conservation du dossier papier permettent une coexistence efficace des supports utilisés.

La coordination des circuits est assurée par la pilote du processus qui fait partie des instances de management de la qualité (stratégique et opérationnelle) : COPIL QGDR, Département Qualité, CIV/DPA. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les services médico-techniques (délivrance pharmaceutique), administratifs (notamment le service des admissions pour l'identitovigilance et le service informatique), le laboratoire d'analyse externe (liaison et messagerie sécurisée permettant au laboratoire d'analyses de déposer dans le dossier informatisé les résultats d'examen qu'il a réalisés). Les professionnels communiquent les informations nécessaires à la prise en charge du patient via le dossier patient informatisé. En cas d'hospitalisation en urgence une fiche « transfert en urgence » permet une communication immédiate des renseignements cliniques du patient (dossier de liaison pré-programmé). Concernant l'HAD, des fiches spécifiques sont utilisées pour les transmissions ente soignants de l'HAD et médecin traitant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La pilote du dossier patient, l'encadrement de proximité, les référents informatiques sensibilisent et accompagnent les professionnels sur la gestion du dossier patient. Les informations en lien à la gestion du dossier sont notamment délivrées lors des réunions de Conseils de service, des temps de transmissions ou encore par affichage. Les évènements indésirables sont déclarés et analysés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, suivi des indicateurs, etc.) avec la participation des professionnels du terrain. Les résultats sont communiqués. La conformité des pratiques est évaluée au sein des services, les personnels des services participent aux audits ponctuels de tenue du dossier patient ou encore aux démarches d'EPP (EPP sur le dossier transfusionnel qui a entraîné une réorganisation de la tenue du dossier transfusionnel et une sensibilisation des agents, EPP pour la mise en place du Projet Personnalisé de Soins, EPP conformité de la prescription médicale en service HAD et adéquation de la traçabilité de l'administration).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, en compétences et en effectifs, sont adaptées aux besoins de l'établissement (formations à l'utilisation du logiciel dossier patient, formations identitovigilance, formation des référents). La formation à l'utilisation de l'outil informatique est assurée auprès des personnels permanents, des nouveaux arrivants et des personnels remplaçants par le prestataire (plan de formation), les Cadres de Santé et les référents ou encore via les procédures et guides disponibles dans le réseau sur le « commun ». Le suivi quantitatif de ces actions de formation est assuré annuellement. Le Responsable du Système d'Information intervient en soutien. Une fiche formalise les numéros d'appel en cas de problèmes informatiques (au sujet du matériel, des logiciels et des réseaux extérieurs). Les ressources documentaires sont disponibles sur les postes informatiques des services (procédure gestion du dossier patient, procédure changement de mot de passe informatique, procédures dégradées). Elles sont dématérialisées, connues, utilisées par les professionnels et actualisées au fur et à mesure de l'évolution de l'informatisation du dossier (modification de la procédure identification et prise en charge du patient à risque de suicide à la suite d'une mise à jour du logiciel permettant la mise en place d'un champ « indication particulière »). Toute nouvelle procédure fait l'objet d'une communication par la Cadre de Santé et d'un affichage en salle de soins. Des triptyques « papier » dans les services permettent la mise en œuvre du mode dégradé si besoin. Les matériels informatiques pour l'accès au dossier patient sont fonctionnels et déployés dans tous les services à l'exception de la HAD où l'acquisition de tablettes est en projet. Le matériel informatique fait l'objet d'un plan de renouvellement et d'une maintenance adaptée.

En réponse à l'un des 13 engagements de la Direction énoncés dans la politique qualité quant à « prendre en compte les impacts environnementaux et prévenir les pollutions environnementales potentielles », l'établissement traite ses déchets en matériels informatiques en lien avec un ESAT (pour le reconditionnement).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est créé par le bureau des entrées pour les admissions programmées. En dehors, des heures d'ouverture du bureau ou en cas de retour d'hospitalisation par exemple, l'infirmière est amenée à créer le dossier. Les règles relatives à l'identitovigilance sont respectées et une pièce d'identité est demandée lors des formalités d'admission. Seul l'administrateur médical peut gérer les droits d'accès au dossier pour les Praticiens Hospitaliers, internes et Cadres de Santé. Pour tous les autres personnels, en sus de l'administrateur médical, les Cadres de Santé possèdent ces droits. Le contenu du dossier du patient répond à l'organisation fixée par l'établissement et aux procédures formalisées pour sa création, sa tenue, son archivage et sa destruction. Le support papier en médecin-SSR comporte trois parties : volet administratif (étiquettes, différents formulaires : désignation de la personne de confiance, à prévenir, inventaire...), volet de coordination (fiche de liaison, fiche de prise en charge initiale IDE,...) et volet médical (copie des prescriptions et résultats de biologie). Les dossiers papiers pour la HAD sont plus exhaustifs et leur contenu est décrit dans la procédure gestion du dossier (un dossier reste au bureau et un autre reste au domicile). Les divers documents du dossier portent l'étiquette d'identification du patient. Dans le dossier informatique sont retracés les transmissions, le plan de soins, les prescriptions pharmaceutiques, l'évaluation initiale, la prise en charge de la douleur, la prise en charge du risque d'escarres, l'évaluation de l'état nutritionnel, les soins spécifiques,

La coexistence du support informatisé et du support papier est encadrée à l'échelle de l'établissement permettant ainsi de garantir une constance des pratiques. Une double sauvegarde est effectuée en miroir dans deux bâtiments distincts. La CIV-DPA est en charge de la gestion des doublons et fusions d'identité. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en interne comme en externe, sont tracés en temps utile dans le dossier patient, ce qui permet une communication en temps utile des informations relatives au patient entre les professionnels impliqués en interne et en externe dans la prise en charge comme le confirment les parcours patients traceurs effectués. L'accès du patient à son dossier est réalisé conformément à l'organisation en vigueur et dans les délais prévus par la réglementation. Les interfaces entre les différents services sont opérationnelles. Le CIV-DPA se réunit quatre fois par an. Les comptes rendus de ses réunions sont établis et intégrés dans la gestion documentaire. La communication sur les actions et sur les résultats d'évaluation, dont les indicateurs, est effective et passe par différents supports, mise à disposition des indicateurs IQSS dans les unités, réunions Conseils de Service, temps de transmissions, Flash Info Qualité (sur le dossier et le système d'information - juillet 2016 – N°66) , journée Semaine Sécurité des Patients (En 2015 un atelier animé autour des différents icônes, logos du dossier patient informatisé) . La CDU est informée des demandes des patients pour l'accès à leur dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier patient. Les demandes d'accès du patient à son dossier sont suivies, nombre de demandes, délais de transmission ; les délais réglementaires d'accès du patient à son dossier respectés. La feuille de déclaration des événements indésirables (FEI) permet de signaler les dysfonctionnements liés à la gestion du dossier patient et à l'identitovigilance (doublons, collisions). Le nombre d'évènements en rapport avec ces items est suivi (19 FEI en 2016 avec 7 en lien à l'identitovigilance et les autres en lien à des mises à jour logiciel). Les temps d'indisponibilités programmés et non programmés du réseau sont également suivis. Le Centre Hospitalier participe aux campagnes de recueil des indicateurs IQSS et mène des audits spécifiques de tenue du dossier sur certains items (personne de confiance, traçabilité de la douleur, par exemple). L'établissement a par ailleurs mené une évaluation de son système d'information via un cabinet extérieur en vue de répondre aux attendus des indicateurs Hôpital Numérique (audit le 12/01/2016 sur les pré-requis).

Les résultats des différentes évaluations sont exploités et concourent à la définition d'actions correctives. Les bilans annuels de la CIV-DPA, de la CDU (accès du patient à son dossier) sont établis et présentés aux instances.

A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les résultats des évaluations externes pour définir des plans d'actions. C'est ainsi que la décision de certification V2010 relative au support de prescription médicamenteuse en HAD a donné lieu à un plan d'actions mis en œuvre. L'établissement est toujours dans la recherche d'

actions correctives sur ce secteur avec le projet d'acquisition de tablettes. L'indicateur sur le document de sortie en médecine, dont le score est en « C » pour le recueil 2015 et faible, a amené la structure à travailler sur ce sujet. Des actions ont ainsi été conduites à l'échelon de l'établissement à savoir ; refonte du courrier de sortie et dictée numérique. En interne, les résultats des audits et des signalements des évènements indésirables sont pris en compte dans la définition des actions d'amélioration à apporter au fonctionnement du processus. Les nombreux signalements suite aux mises à jour du logiciel ont mené à une information systématique des professionnels par affichage et par TELEX. Les actions engagées sont intégrées au PAQSS de l'établissement et pour celles à caractère prioritaire, au compte qualité. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (Instances, CDU, affichage, Conseils de Service, Flash Info Qualité, Semaine Sécurité des Patients, etc.). L'affichage des indicateurs à diffusion obligatoire est effectif. Les nouvelles itérations des évaluations et recueils d'indicateurs permettent d'objectiver l'impact des actions menées et de réajuster les objectifs ainsi que la politique.

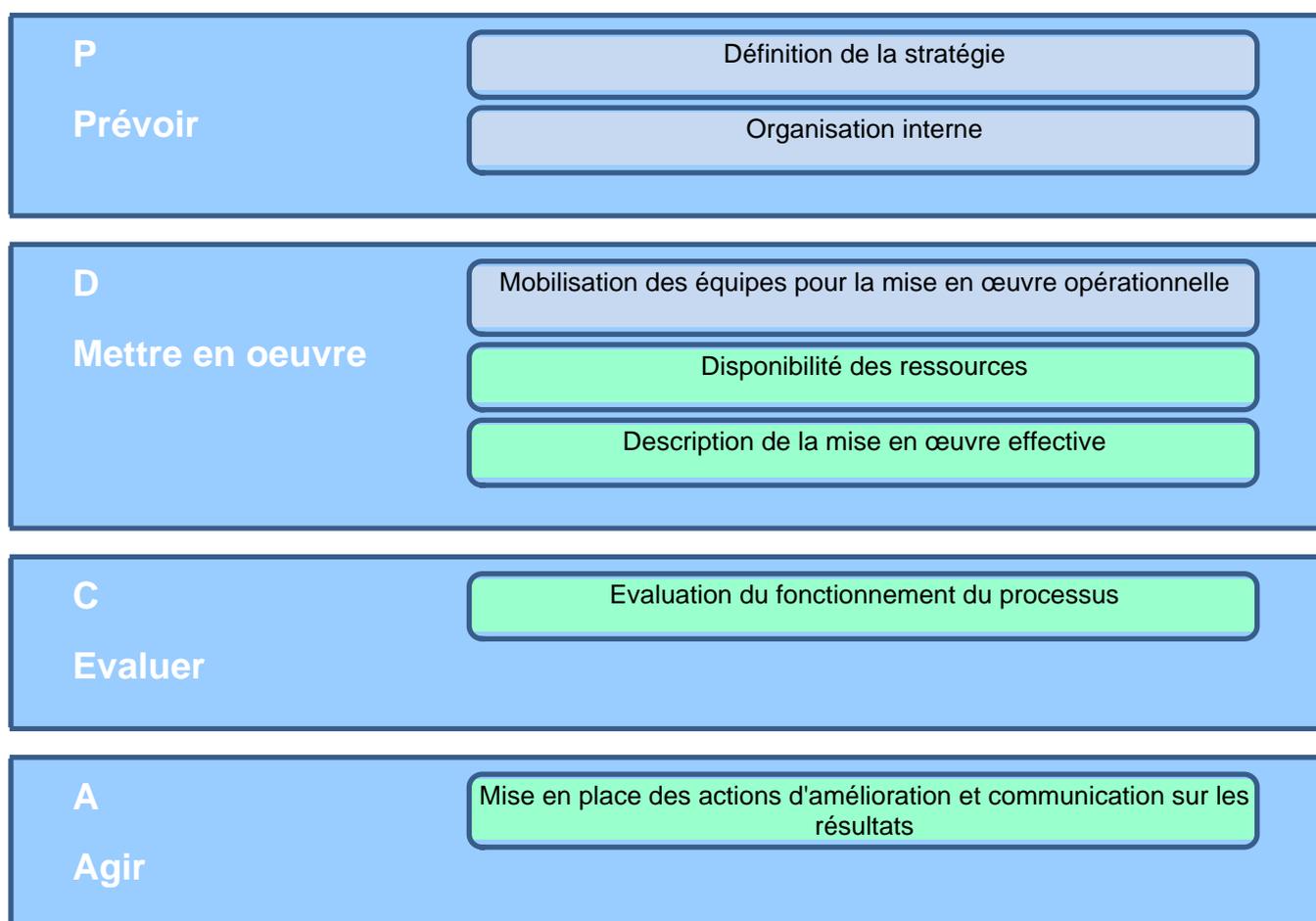
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le pharmacien de l'établissement exerce son activité à temps partiel à hauteur de 70%, assisté d'un préparateur en pharmacie et aide préparateur à temps plein. Un externe en pharmacie est présent depuis deux ans à hauteur d'un 50%.

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et les objectifs liés sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement (prise en compte des profils patient notamment). Ils sont intégrés dans les orientations stratégiques du projet d'établissement (2016 – 2019) dans le volet qualité et gestion des risques concernant la prise en charge médicamenteuse. Cette politique, définie en concertation avec les professionnels de l'établissement et discutée au sein du COMEDIMS, est validée par les instances concernées (COMITE de DIRECTION, CME notamment). Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, assorti d'indicateurs de suivi, suivi par le Copil qualité de l'établissement. Cette politique tient compte des actions menées dans le cadre du CBUM. Elle porte sur la sécurisation du circuit du médicament à toutes ses étapes intégrant : le respect des obligations légales et administratives, la prise en charge médicamenteuse dont le bon usage des médicaments selon la règle des 5B, la mise en œuvre de dispositions spécifiques de bon usage sur les médicaments à risques (antibiothérapie) et les patients à risques (patients algiques), l'implication du patient et son éducation thérapeutique ; la conciliation médicamenteuse. Elle intègre la dimension « lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé ». La cartographie des risques a été initiée en 2012 à l'aide du logiciel régional INTERDIAG et ARCHIMED pour la PUI, démarche développée par l'OMÉDIT. Elle a été enrichie par les éléments du CBUM, les résultats relatifs au suivi de la V2010, les événements indésirables déclarés et les résultats des EPP, des CREX et RMM.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pharmacien est la personne nommément désigné comme responsable du management de la prise en charge médicamenteuse depuis 2012. Il est assisté dans la démarche de deux copilotes, infirmiers de l'établissement. Le COMEDIMS assure le pilotage opérationnel (mise en œuvre, suivi et évaluation) du programme d'actions concernant le circuit du médicament, des dispositifs médicaux stériles et de l'antibiothérapie, dans un dispositif intégrant la CME, le COVIRIS et le CLIN. Le règlement intérieur (2013) et manuel qualité (2016) en redéfinissent les missions, la composition et le mode de fonctionnement (5 réunions en 2016). Par ailleurs, les rôles et responsabilités du pilote du processus sont identifiés, formalisés et communiqués. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires qu'il s'agisse de la gestion de la pharmacie ou de la prise en charge médicamenteuse dans les services de l'établissement.

La procédure d'organisation du circuit du médicament et DM (2017) intègre les exigences de l'arrêté de 2011. Le système documentaire concernant la prise en charge médicamenteuse est établi, intégré au dispositif institutionnel, accessible à tous et réactualisé à périodicité définie. Le manuel assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse, réactualisé en 2015, décrit les règles et documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité qu'il s'agisse des professionnels médicaux ou paramédicaux, notamment par le biais du système d'information. La formation des professionnels est organisée et inscrite au plan de formation [en 2015 (iatrogénie médicamenteuse (26) – staff never event (12) – pansement (12) – entonox (12) – VAC thérapie (7) nutrition entérale (5) et journées pharmacienne préparation des doses à administrer – analyse pharmaceutique _ conciliation médicamenteuse – ETP et anticoagulant et préparateur et aide et en 2015 (securisation circuit – performance logistique – conciliation médicamenteuse – mois de la cicatrisation _ staff never event _ qualirisq – PCA]. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement inscrit dans un parcours d'accueil et d'intégration personnalisé. Ils ont par ailleurs accès à l'intranet et support d'informations sur la prise en charge médicamenteuse, au document d'information « le flash info qualité » diffusé en interne.

Le déploiement de l'informatisation du dossier couvre l'ensemble des lits de médecine et SSR ; l'HAD dispose d'un logiciel qui permettra d'atteindre la cible de 100% quand la mise à disposition de tablettes au domicile du patient sera effective et que les médecins libéraux se seront appropriés cet outil (projection prévue en 2017). Les prescriptions bénéficient d'une analyse et d'une validation pharmaceutique de niveau 2 majoritairement. Le déploiement de la conciliation médicamenteuse est envisagé dans la perspective d'atteindre un niveau 3. Les équipements et procédures participent de la sécurisation du circuit (réception, modalités de transport, stockage). L'approvisionnement des secteurs d'activités en cas d'urgence et en dehors de la présence de la pharmacienne est organisé. En l'absence d'une permanence pharmaceutique, la procédure prévoit une solution dégradée, selon qu'il s'agisse d'un médicament d'officine ou d'un médicament hospitalier.

Le centre Hospitalier d'Albert appartient au Groupement Régional d'Achats des produits pharmaceutiques (GRA3P), gage d'une recherche d'action d'amélioration de la politique d'achats, de même que la politique de promotion du médicament générique. Le logiciel de prescription est interfacé avec le logiciel de gestion des stocks.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient est diffusée au niveau des secteurs d'activité : les professionnels ont connaissance du plan d'actions associé. Les risques propres à chaque secteur d'activité ont été identifiés, les professionnels y sont sensibilisés. Compte tenu de ses risques et besoins, la pharmacienne et les cadres de santé organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières par voie informatique et/ou d'affichage – point « pharmatime ». Des référents pharmacie sont identifiés dans les secteurs d'activité. Les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). La réévaluation de l'antibiothérapie à 72 h est effective et confirmée dans le rapport d'étape du CBUM. Les professionnels sont sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses. La démarche de déclaration et d'analyse des événements indésirables est connue des professionnels et opérationnelle. La semaine de la sécurité intègre des ateliers de sensibilisation aux risques d'erreur médicamenteuse (distribution de flyer mots croisés - jeu de photos sur les never events). Une sensibilisation des médecins traitants à la conformité de la prescription médicale sur un support unique papier, évitant la retranscription en HAD, a été réalisée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La liste des prescripteurs habilités est établie. Le pharmacien a validé un DU Gériatrie et Pharmacie clinique en 2014. Il est formé ainsi qu'un cadre de santé à la conciliation médicamenteuse depuis Juin 2016. Le déploiement de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est réalisé sur la totalité des lits de médecine et SSR ; en cours de déploiement sur l'HAD, portant le taux de séjours disposant de prescriptions informatisées à 87% (indicateur HN). Les données issues de la consultation du médecin traitant sont à ce jour intégrées à ce déploiement. A ce jour, les services cliniques bénéficient de l'informatisation de la PC médicamenteuse avec des outils d'aide à l'utilisation du logiciel et d'aide à l'administration et la génération d'alertes avec les fiches produits. De nombreux documents sont mis en ligne sur la gestion documentaire (livret thérapeutique, bonnes pratiques de prescription, VIDAL, base C. BERNARD). Les ressources documentaires dont les modes opératoires relatifs à l'utilisation du logiciel, le tableau des génériques, l'utilisation de molécules spécifiques, le guide de reconstitution des médicaments injectables, le guide des médicaments broyables, la conservation des médicaments thermosensibles, la gestion des stupéfiants sont disponibles dans la gestion documentaire. Les professionnels en charge du circuit du médicament ont été formés à la gestion des risques et à la gestion des erreurs médicamenteuses. Une formation a été dispensée sur la sécurisation du circuit, les outils et la gestion documentaire et les erreurs médicamenteuses. Les supports de formation et plaquettes d'information sont disponibles sur la gestion documentaire. Les cadres de santé des services de soins sont identifiés comme référents pharmaceutiques au sein des unités. Les règles d'administration sont formalisées dans plusieurs procédures (préparation des piluliers, des injectables, administration au lit du patient). Les règles définies sur les médicaments à risques sont actualisées et diffusées (anticoagulants, insuline – KCL et méthotrexate) et concernent leur rangement, étiquetage, analyse pharmaceutique de niveau 2. Une information à type de QUIZZ est accessible sur intranet. Un matériel d'urgence opérationnel, contrôlé à périodicité définie, est disponible, partagé sur 2 étages. Les doses unitaires vraies sont privilégiées pour garantir l'identification des traitements jusqu'à l'administration. Dans le cas contraire, le surétiquetage est réalisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la pharmacie et des secteurs cliniques connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'analyse pharmaceutique concerne l'ensemble des prescriptions informatisées et des prescriptions papier de l'HAD. La dispensation est nominative pour les antibiothérapies, les MDS et particulière pour le méthotrexate (nominative de la dose exacte la veille). Elle est nominative dans un secteur d'activité de SSR pour l'ensemble du traitement, soit environ des traitements. Les interfaces sont opérationnelles : le pharmacien a accès aux données cliniques des patients et à tous les résultats biologiques. La gestion du traitement personnel du patient entre dans la réflexion initiée sur la iatrogénie médicamenteuse et la conciliation médicamenteuse et permet d'assurer la continuité du traitement médicamenteux (analyse du traitement antérieur, retrait des médicaments en possession du patient à l'entrée, prescription à l'admission et administration selon les règles définies pour tout traitement,

restitution à l'entourage ou à la sortie du patient). La prescription de sortie tient compte de ce traitement personnel en procédant à une réévaluation de la prescription complète pour la sortie. Les médicaments restent identifiables jusqu'à l'administration des traitements qui fait l'objet d'une vérification de l'identité et d'une traçabilité en temps réel. La non administration est justifiée. La trace de prescriptions qu'il en soit de la rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ou du traitement de sortie est de 100% en MCO de sortie 100%. Pour l'HAD la cible du CBUM est atteinte avec 95% de trace de prescription médicamenteuse nécessaire au démarrage du traitement et 69% de trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission. Pour les patients de l'HAD autonome pour les médicaments autres qu'injectables, vérification est faite de l'observance du traitement.

Les professionnels assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Des actions informatives et éducatives sont mises en œuvre. Les situations nécessitant une information sont identifiées et des supports d'information ont été élaborés (AVK, traitement du diabète carnet de surveillance glycémique - le fer injectable). L'information donnée au patient est tracée dans le dossier. Le transport est sécurisé (hygiène, scellé, chaîne du froid). Le stockage des médicaments thermosensibles sont stockés à la pharmacie dans un réfrigérateur dont rupture relevé des températures. Les locaux et armoires sont sécurisées.

Cependant, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas systématique. L'ICATB, reflet de l'implication de l'ES dans la bonne utilisation des ATB, affiche une valeur de 33 % pour l'année 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Les indicateurs d'évaluation sont quantitatifs et qualitatifs (suivi des molécules onéreuses – rétrocession – médicaments hors GHS). L'évaluation est assurée régulièrement par le pilote de processus sur la base d'outils identifiés : indicateurs CBUM, IPAQSS, ICATB et audits de bonnes pratiques sur le circuit du médicament (interruption de tâches lors de l'administration des médicaments – administration des médicaments – audits piluliers (2015) - broyage des médicaments - médicaments thermosensibles, FSEI). Les EPP comprennent des EPP à type de revue de pertinence (utilisation insuline (Oct. 2016) - pertinence du traitement antibiotique). Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisées et assurées, y compris pour les événements indésirables graves. Ces indicateurs font l'objet d'un suivi mensuel et présentés en COMEDIMS.

Les armoires des unités et chariots d'urgence font l'objet de contrôles périodiques, avec vérification des péremptions. Les Quizz (mots croisés V 2014 jeu de l'été) permettent d'évaluer les connaissances des professionnels. Suite aux alertes ANSM, un contrôle du respect des indications et du bon usage des médicaments concernés est réalisé. Un audit inter établissements sur la prise en charge médicamenteuse a été réalisé en en Novembre 2015.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Ces actions d'amélioration sont proposées par le COMEDIMS suite aux résultats d'audit et évaluations comme la réactualisation du livret thérapeutique, la sensibilisation à la conformité de la prescription, ou l'ajustement des stocks en fonction des besoins.

Les décisions prises sont diffusées sur Internet et accessibles à tous les professionnels. Les flash "info qualité" font partie des supports de communication utilisés.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

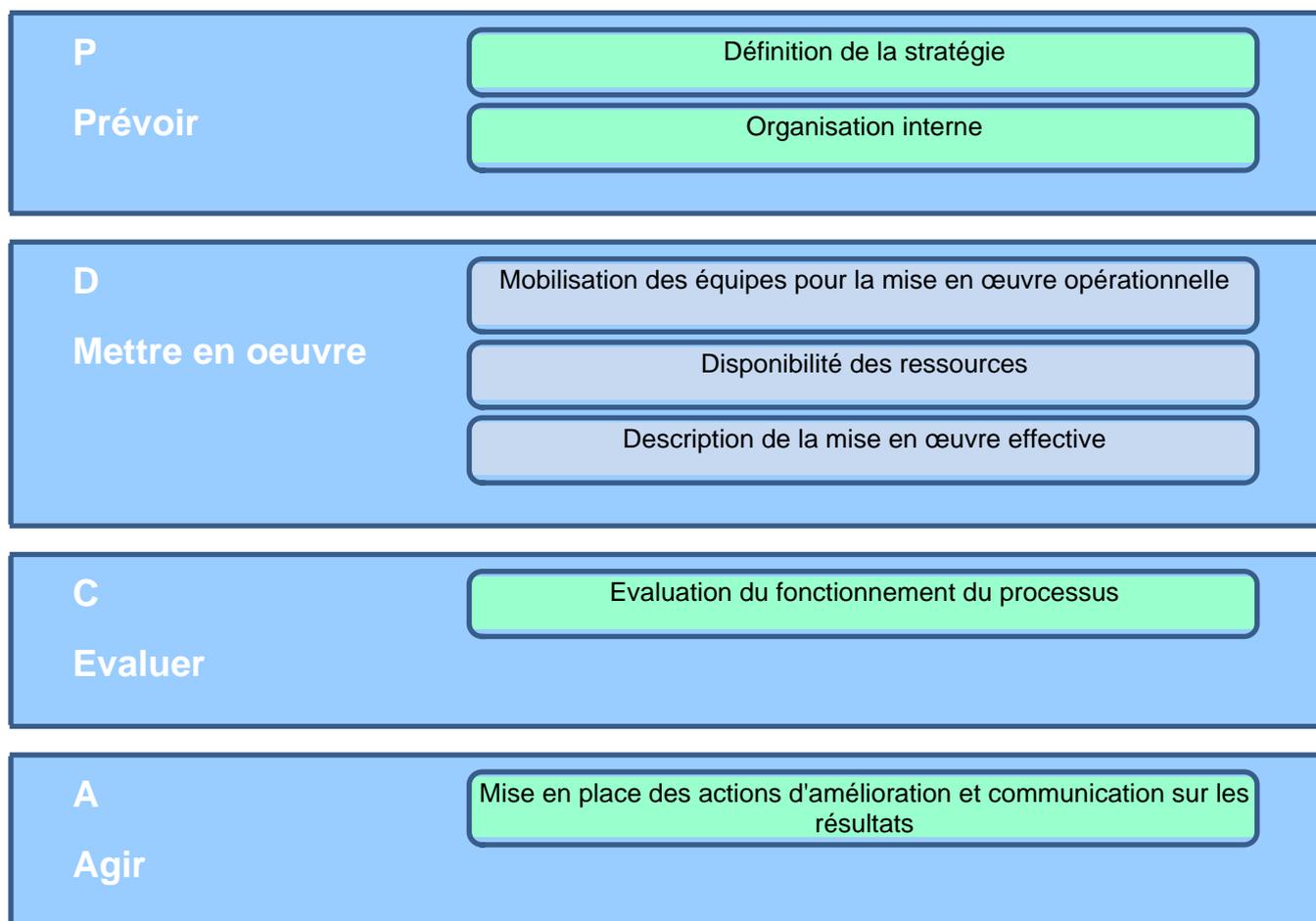
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier d'Albert dispose d'une autorisation de 10 lits en HAD sur 30 lits en partenariat avec les Centres Hospitaliers de Péronne et de Ham, sous la responsabilité d'un médecin coordinateur. Sans parler de politique de gestion des équipements et produits au domicile du patient, la gestion de la logistique est citée comme élément incontournable en termes de gestion des risques dans le projet d'établissement. Le projet de gestion est global, sans focus particulier sur l'HAD. Pour autant, l'établissement s'engage à garantir au bon patient, dès son admission et tout au long de sa prise en charge, le bon matériel, le bon dispositif en temps utile et conformément à la commande. La check list de visite à domicile le montre.

Ainsi les engagements de l'HAD concernent :

- la mise à disposition de matériels adaptés, sécurisés y compris en cas d'urgence ;
- l'existence de solutions de substitution en cas de rupture de produit ou de matériel ;
- l'opérationnalité d'une maintenance 24h/24 et 7j/7 pour garantir le bon fonctionnement des équipements et du matériel
- le signalement des patients à haut risque vital à l'Electricité Réseau Distribution France.

Pour ce faire, l'établissement a évalué ses besoins en ressources humaines, matérielles, documentaires et pour son système d'information.

Ces engagements sont communiqués de manière formelle aux différents prestataires et partenaires externes choisis, au travers des conventions de collaboration signées avec eux : libéraux – IDE et kinésithérapeutes - EPHAD.

Cette politique de gestion des équipements est complétée d'une orientation Développement Durable pour :

- Le traitement des déchets : tri et valorisation
- La maîtrise des déplacements des personnels : rationalisation des tournées, gestion des véhicules (parc de 3 voitures en location + 1 véhicule en propriété), habilitation à la conduite
- Les achats eco responsables et le choix des produits porteurs d'un eco label.

L'HAD a décrit son processus « parcours de soins en HAD » intégrant la gestion des équipements et produits au domicile. Cette description identifie les attentes clients, les objectifs à atteindre, les indicateurs de suivi.

L'analyse des risques du processus a été menée par l'infirmière de coordination, le chef de service économique et logistique et avec la contribution des professionnels de l'HAD.

Ce groupe a identifié l'ensemble des facteurs de risques au regard des situations rencontrées et des dysfonctionnements récurrents; ce qui a permis d'établir une hiérarchisation et une priorisation selon une échelle à cinq niveaux.

L'identification de ces risques prioritaires a permis de prévoir des éléments de maîtrise et ainsi de diminuer les dysfonctionnements. Le plan d'actions lié qui en découle, est intégré au PAQSS global validé par le COPIL et le COVIRIS (Instance de coordination de la gestion des risques).

ORGANISATION INTERNE

L'infirmière de coordination de l'HAD, sous couvert de la Direction des Soins, est positionnée comme responsable de l'organisation logistique au domicile du patient. Elle est identifiée comme relais pour la matériovigilance des prestataires.

L'infirmière de coordination est chargée d'évaluer les besoins du patient avant son admission en HAD, par le biais d'une visite à domicile et d'établir les commandes initiales et premiers contacts avec les prestataires.

Le relais est ensuite assuré par les IDE de l'HAD tout au long de la prise en charge du patient.

Ces missions sont décrites dans les fiches d'activités correspondantes.

Les professionnels préparent les produits et matériels en fonction des nécessités établies par l'évaluation initiale ; réapprovisionnent le stock de base et le réajustent en fonction de l'évolution de l'état de santé.

Ils assurent :

- l'évacuation des DASRI vers le local d'entreposage terminal du centre hospitalier

Une équipe d'agents techniques assure :

- la maintenance technique préventive et curative de première intention
- la vérification du bon état et l'entretien courant des véhicules

Les différentes activités sont organisées en cohérence avec la maîtrise du risque infectieux. Des documents supports et de traçabilité spécifiques sont en place.

L'HAD bénéficie des infrastructures de l'hôpital afin de :

- maintenir en permanence sa dotation de consommables et petits matériels de soins

Par ailleurs, l'HAD a établi plusieurs contrats et conventions pour :

- les équipements de traitement respiratoire
- les équipements hôteliers et de mobilisation des patients

- les traitements des plaies par pression négative
- la nutrition

Chaque prestataire est invité au moins annuellement sur une réunion d'échanges pour actualiser les documents de collaboration, garantir la permanence des interventions ainsi que le dépannage en urgence.

Les professionnels sont formés à l'exercice de leur fonction et reçoivent régulièrement les informations et formations nécessaires pour la manipulation du matériel et l'utilisation des produits. Des formations sur la conduite et les risques en lien avec la conduite sont déployées.

Le nouveau personnel et les remplaçants bénéficient d'un dispositif d'accompagnement et d'intégration.

L'établissement a décrit ses différents circuits logistiques (DASRI, linge, transports, retour des produits et des équipements, etc) et formalisé de nombreuses procédures et documents supports en vue de répondre à ses engagements de qualité et sécurité.

Les procédures, protocoles, conduites à tenir sont élaborés avec la participation des professionnels concernés. Ces documents sont disponibles et accessibles en informatique et actualisés au besoin.

Il existe des conduites à tenir en cas d'incident : AES, accident de la circulation, morsure de chien, pannes, incendie, intrusion etc.

Des modalités de communication et de formation des professionnels libéraux sont en place : les nouveaux matériels et produits leur sont présentés en amont ou lors de l'installation du patient ; les documents utiles au personnel libéral sont placés au domicile au sein du dossier patient ; les personnels libéraux sont accompagnés et formés par l'HAD le temps nécessaire.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables et des incidents liés aux vigilances sont organisés de même que le retour information et d'expérience (CREX), conformément au dispositif en place dans l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'infirmière de coordination, responsable de la logistique Soins, en lien avec la Direction des Soins et le chef de service économique et logistique, communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en matière de gestion des équipements et des produits liés au soins au domicile et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques du secteur d'activité.

La cartographie des risques liée à ce process a permis d'établir un plan d'actions spécifiques avec des échéances.

Les professionnels sont tenus régulièrement informés de la progression des actions décidées par des temps d'échanges collectifs quotidiens (transmissions) et hebdomadaires (quart d'heures qualité, staffs) et sont impliqués dans la mise en place de nouvelles solutions d'améliorations.

Les nouveaux équipements, matériels ou produits font l'objet d'un plan d'évaluation des bénéfices acquis et de leur efficacité.

Les personnels sont sollicités afin de recueillir leurs besoins de formation, d'amélioration des connaissances et/ou d'appropriation des modifications de pratiques et des outils.

Les professionnels libéraux sont impliqués dans la démarche lors des visites de coordination d'admission et durant la prise en charge du patient.

Le partage d'expériences avec les autres structures participe de la mobilisation des professionnels autour de la prise en charge, liée à la collaboration avec les HAD du groupe : HAD du CH de Péronne et le CH de Ham, ainsi qu'en partenariat avec le GCS HADOS et les centres hospitaliers de Doullens et Corbie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'HAD dispose d'une équipe pluri professionnelle (IDE et AS) lui permettant de répondre aux demandes et besoins en soins de son territoire.

Les professionnels sont régulièrement formés aux matériels, équipements et produits par les fournisseurs ou les prestataires ou dans le cadre de formations validantes (DU Soins palliatifs) et/ou formations intégrées au plan de formation (plaie, douleur).

Les ressources documentaires utiles à l'exercice des personnels sont mises à leur disposition sous format papier et pour certains documents sur informatique (serveur partagé), en l'attente de la mise à disposition de tablettes permettant le déploiement complet de l'informatisation, notamment sur la prescription et l'administration du traitement. La procédure de gestion du matériel d'urgence fait l'objet d'une procédure spécifique en HAD. Il existe des registres divers de traçabilité des contrôles et vérifications : pour les livraisons des produits, pour le bon état des véhicules, pour le suivi de l'entretien des locaux, etc.

La fiche technique de chaque DM installé au domicile du patient y est laissée au sein du dossier. Le matériel et les équipements correspondent aux nécessités des prises en charge. L'HAD a mis en place une check list de commande pour ses consommables de soins, actualisée en fonction de l'introduction de nouveaux produits. Suite à l'analyse des risques, les commandes de pharmacie et de matériel ont fait l'objet des actions correctives adaptées.

La procédure de gestion des patients à haut risque vital est en cours de validation. L'HAD dispose des modalités de signalement de ces patients.

Le nettoyage du matériel en HAD fait l'objet d'une procédure.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'HAD met en œuvre les organisations prévues pour répondre aux besoins logistiques des prises en charge. Les approvisionnements sont anticipés le plus près possible de la demande d'admission par une évaluation des besoins établie par l'infirmière de coordination qui recense le matériel et les produits nécessaires.

Les interfaces et les circuits entre les différents professionnels internes et externes sont opérationnels : les fournisseurs et prestataires sont contactés à l'issue de l'évaluation d'admission et mettent en place au domicile les équipements nécessaires conformément aux conventions établies, dans les temps compatibles avec la prise en charge.

Le dépôt au domicile des consommables et produits pour les soins respecte le circuit défini par la procédure en vigueur. Le transport est réalisé par un personnel habilité (IDE ou AS) dans des conditions qui garantissent la sécurité et leur intégralité : bacs dédiés et fermés. Le rangement des produits au domicile respecte les exigences d'hygiène et de

sécurité : il existe chez les patients un emplacement dédié pour le stockage du matériel; en toute sécurité pour les traitements notamment. Les stupéfiants sont délivrés à la journée.

Les IDE libérales sont impliquées dans cette organisation.

Des contenants spécifiques aux DASRI sont fournis aux patients qui le nécessitent. Les DASRI sont éliminés dans des containers rigides ou des futs cartonnés hermétiques.

La mise en place des dispositifs et des gaz médicaux respecte les cahiers des charges établis, y compris pour les appareillages de secours et les installations en urgence.

L'HAD est équipée de mallettes et des dispositifs lui permettant d'intervenir pour une prise en charge en urgence.

Le patient, son entourage, les intervenants libéraux sont informés et connaissent les conduites à tenir en cas de panne ou de déclenchement des alarmes.

L'entretien des différents locaux et des véhicules de l'HAD respectent l'organisation définie. Les prestataires mettent en œuvre les procédures de désinfection terminale, de maintenance curative et préventive des appareillages et des équipements fournis.

Les EI liés à la gestion des équipements et des produits au domicile des patients sont déclarés auprès du service qualité, selon le mode existant dans l'établissement.

Une déclaration est réalisée auprès du SAMU toute les semaines, dans le cadre de la définition d'une limitation de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration. Des audits sont réalisés ponctuellement en fonction des besoins :

audit du circuit du médicament en 2009 ; état des lieux du circuit du médicament définissant les axes d'amélioration en 2010 ; audit de la gestion des stupéfiants en 2010. Des audits périodiques sont également réalisés : audit mensuel des armoires de pharmacie et

du chariot d'urgence. Une FEI spécifique est mise à disposition dans le dossier patient au domicile a destination des libéraux, des prestataires, pour déclaration si nécessaire. L'analyse des FEI sont suivies d'actions d'amélioration (thème sur les déclarations, gestion des stupéfiants...).

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. L'évaluation annuelle de la tenue des dossiers HAD intègre des indicateurs relatifs à la conformité des prescriptions. Un suivi quantitatif est assuré pour les antalgiques, les spécialités hors GHS, la consommation en SHA. Ces résultats sont analysés en COMEDIMS et COVIRIS, avec détermination d'actions d'amélioration (EPP liée à la sous-déclaration). Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés. Le recueil des erreurs médicamenteuses se fait à travers les FEI.

Les événements indésirables graves ou potentiellement graves font l'objet d'une analyse spécifique (méthode Alarm) par les personnes concernées et présentés en COVIRIS; l'HAD bénéficiant de l'infrastructure du CH d'Albert.

A / AGIR

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

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.

Les actions d'amélioration sont mises en place et suivies en COMEDIMS et/ou COVIRIS. Les professionnels

sont soit informés de la mise en œuvre des actions par les réunions hebdomadaires et/ou l'affichage du bilan trimestriel des événements indésirables, soit par leur implication dans l'analyse des résultats d'audits ou FEI. Chaque prestataire est invité au moins annuellement sur une réunion d'échanges pour actualiser les documents de collaboration, garantir la permanence des interventions ainsi que le dépannage en urgence.