



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
GROUPE HOSPITALIER
PUBLIC DU SUD DE L'OISE**

Boulevard laennec
60100 CREIL
JANVIER 2022

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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	12

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

GHPSO - SITE DE CREIL	
Adresse	Boulevard laennec 60100 CREIL
Département / région	OISE / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	600101984	GRUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE	Boulevard laennec Bp 72 60109 CREIL
Etablissement de santé	600000467	GHPSO - SITE DE CREIL	Boulevard laennec 60100 CREIL
Etablissement de santé	600000053	GHPSO - SITE DE SENLIS	4 avenue paul rouge 60309 Senlis
Etablissement de santé	600107478	GHPSO CH SENLIS - SLD	4 avenue paul rouge 60309 Senlis

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	46	/	23	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	50	3	/	/
MCO	Médecine	297	25	/	17320
SLD	SLD	73	/	/	/
SSR	SSR	35	7	/	/

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

- Accréditation COFRAC / Laboratoire d'hygiène (Recherche de légionnelles dans les eaux) + Laboratoire de biologie médicale / 2018

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Le GHPSO est l'établissement support du GHT Oise Sud. Le GHT Oise Sud est composé des établissements suivants :

- GHPSO
- HL de Nanteuil-le-Haudouin
- CH Pont-Sainte-Maxence
- + 11 établissements associés

PRINCIPALES COOPÉRATIONS :

- S'agissant de la gestion de plateaux techniques et de certaines activités support spécifiques, le GHPSO est membre de plusieurs groupements régionaux ou départementaux, sur la blanchisserie, les achats hospitaliers dont :

- Centre de Traitement Textile Hospitalier (GSC)
- GCS E-santé
- Groupement de commandes des ES
- Le GHPSO accueille une activité privée de médecine nucléaire et de radiothérapie : CIRIOS
- Association SANTELYS
- Coopération sur la dialyse chronique (filière IRC)
- Télémédecine
- Convention de partenariat pour le Centre d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) organisée selon une offre complémentaire privée pour l'activité biologique autorisée, et publique pour l'offre médicale clinique.
- Réseau hygiène regroupant 28 établissements du Sud-Ouest de l'Oise
- Réseaux/partenariats sur les prises en charge oncologique et gériatrique :
- Réseau 3C
- Réseau Oncageoise
- Ateliers d'activité physique : ONCOPIC/Siel bleu / Ligue contre le cancer
- Convention de direction commune avec l'EHPAD de Nanteuil le Haudouin
- Convention de prélèvements d'organes avec le CHU Amiens
- Réseau de prélèvement d'organes et de tissus
- Réseau sur la prise en charge dans le pôle Femme-Mère-Enfant :
- Réseau périnatalité (Prise en charge des patientes obstétricales en HAD)
- Groupement d'intérêt économique IRM et Scanner – site de Senlis
- Groupement d'intérêt économique IRM et Scanner – site de Creil
- Coopérations avec l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise (ACSSO) : Hospitalisation à domicile
- Mise en place de l'HAD aux urgences de Creil et Senlis
- Convention PUI : Approvisionnement HAD
- Modalités d'intervention des associations de bénévoles au sein de l'établissement :
- SOS PREMA
- LIREOLIT
- SYNAPSES AVENIR (SSR)
- ASP (soins palliatifs)
- Les blouses roses
- SATO (toxicomanie)
- Convention de partenariat – implantation et prise en charge de la transfusion sanguine au GHPSO : avec l'Etablissement Français du Sang (EFS)
- Réalisation des actes d'immuno-hématologie
- Convention de gestion d'un dépôt de sang sur le site de Senlis
- Conventions avec de nombreux établissements médico-sociaux et

de soins de suite pour la prise en charge des personnes âgées issus des EHPAD du territoire

Convention cadre de coopération :

- Clinique du Valois
- Villemin Paul DOUMER
- Pont Sainte Maxence
- Réseau de santé Soins palliatifs
- Conventions cadres avec les établissements médico-sociaux pour la prise en charge des personnes âgées issus des EHPAD de la région dans le cadre du Plan Bleu = 35

Regroupement / Fusion	<ul style="list-style-type: none">- Regroupement de la réanimation du site de Senlis sur le site de Creil à hauteur de 15 lits (au lieu de 12) le 1er mars 2017- Regroupement des services de Pneumologie et de Diabétologie (au 5ème étage D) sur le site de Creil le 20 juin 2017- Regroupement Chirurgie Digestive et Urologie sur le site de Creil le 8 janvier 2018
Arrêt et fermeture d'activité	<ul style="list-style-type: none">- Médecine Interne et Pathologies Infectieuses – site de Creil le 19/06/2017- Hôpital de semaine Oncologie et HC Oncothoracique - site de Creil le 19/06/2017- Fermeture de l'Unité de Surveillance Continue de 8 lits sur le site de Senlis le 1er juillet 2018
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none">- Ouverture des consultations non programmées de Pédiatrie sur le site de Senlis - juin 2015- Ouverture des lits portes de Pédiatrie sur le site de Creil - novembre 2015- Ouverture d'une Unité hôpital de jour de Médecine pluridisciplinaire au 4ème étage B/C site de Creil - 18/09/17

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Recommandations d'amélioration

Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Gestion du système d'information

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

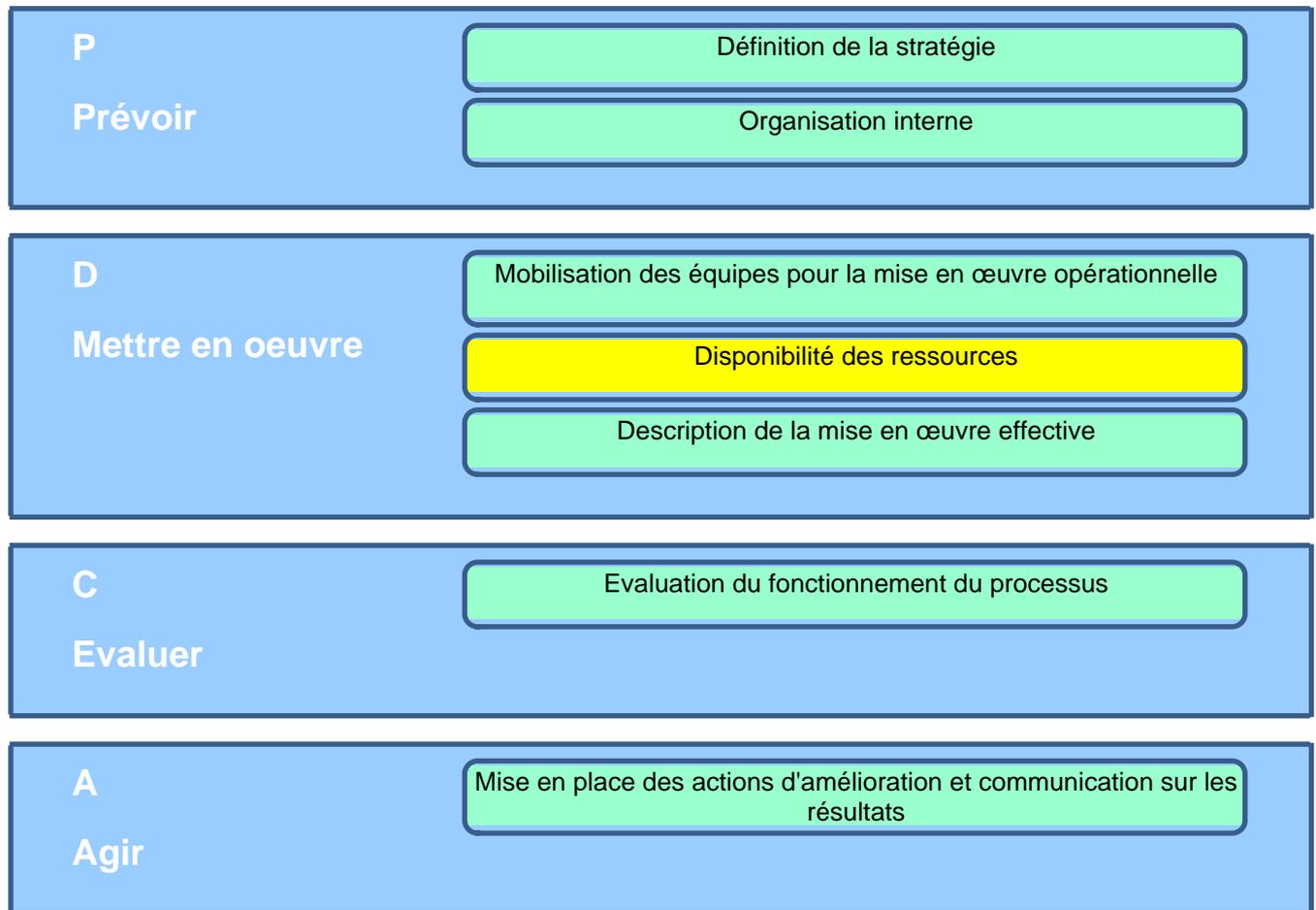
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2015-2019 du GHPSO précisait les objectifs généraux de prise en charge des urgences, avec la volonté d'atteindre d'une taille critique dans chaque filière dans le but d'optimiser les ressources et l'efficacité des organisations. Il prévoyait le maintien d'un accueil adulte de proximité sur les deux sites, la localisation des urgences lourdes médico-chirurgicales et des urgences pédiatriques à Creil, la localisation des urgences gynéco-obstétricales à Senlis. En 2020, le GHPSO a traité 73 800 passages aux urgences : 47 600 adultes (2/3 à Creil, 1/3 à Senlis), 15 000 pédiatriques et 11 200 gynéco-obstétricales. L'année 2021 se traduit par un retour progressif à l'activité antérieure à la pandémie Covid 19 (94 000 passages au total dont 57 000 sur les urgences adultes à Creil). Le GHPSO a rédigé un premier document "projet stratégique 2022-2029" dans lequel s'insère un projet médical 2021-2025 ; ce projet contient un axe sur la refondation des urgences adultes (reconstruction du service des urgences adultes et pédiatriques sur le site de Creil) avec des actions identifiées : la structuration des circuits patients et la fluidification des parcours, la structuration des parcours post-urgences et la dynamisation de l'aval, la synergie entre les deux sites Creil et Senlis, l'accroissement des compétences et la promotion de la prise en charge polyvalente, l'accompagnement du service des urgences. Le projet d'établissement doit être finalisé en mars 2022. La cartographie des risques actualisée régulièrement porte sur les trois parcours, adulte, pédiatrique et gynéco-obstétrical.

Cette cartographie complète, ainsi que les résultats de la dernière visite de suivi de certification, ont permis à l'établissement d'identifier les priorités qui sont reprises dans le Compte Qualité et le PAQSS du pôle et de l'établissement.

Les plans d'actions portent notamment sur le suivi des temps d'attente et de passage, la qualité de prise en charge, l'informatisation du dossier, la formalisation des circuits de prise en charge, le recueil et l'analyse des dysfonctionnements, la gestion des effectifs et des compétences, les admissions directes dans les unités de soins, le management médical et le projet architectural. Ils prennent en compte toutes les données disponibles. Les risques sont hiérarchisés selon la méthode diffusée dans l'établissement. Le GHPSO bénéficie par ailleurs de l'accompagnement de la Structure Régionale d'Appui et de partenariat avec le CHU de Lille et celui d'Amiens (aide, conseil, formations, accueil d'internes). L'établissement a engagé un plan d'actions complémentaire élaboré avec la mission ARS Hauts-de-France.

Les urgences de Senlis verront leur activité suspendue au lundi 13 décembre 2021. L'activité des urgences de Senlis sera regroupée à Creil à compter du 13 décembre 2021 et ce "pour une durée indéterminée". Cette décision prise par l'établissement est la conséquence d'un "problème essentiel de démographie médicale".

ORGANISATION INTERNE

Après une longue période de vacance, la chefferie de service des urgences adultes a été pourvue à la mi-octobre 2020. Le nouveau médecin chef de service des urgences adultes bi-sites fait fonctionner avec les cadres des urgences adultes ainsi que les cadres de pôles, un comité de pilotage institutionnel de la démarche qualité des urgences et soins non programmés. La composition des pilotes du processus est la suivante :

- Pour les Urgences adultes
 - * La Cheffe de service des Urgences adultes
 - * Le Cadre du pôle URAD
 - * Une cadre de santé des Urgences adultes - site de Creil
 - * La cadre de santé des Urgences adultes - site de Senlis
- Pour les Urgences pédiatriques et gynéco-obstétriques :
 - * La cadre de pôle FME
- Pour les Urgences pédiatriques :
 - * Le cadre de santé des Urgences pédiatriques
- Pour les Urgences gynéco-obstétriques :
 - * Le cadre de santé des Urgences pédiatriques

Les modalités de prise en charge des patients sont détaillées dans le règlement intérieur et les chartes de fonctionnement de chaque secteur, adulte, pédiatrique et gynéco-obstétrical. Y sont précisées les règles d'organisation médicale et paramédicale, les équipements et locaux, ainsi que les circuits et les parcours des patients.

Les 2 sites des urgences sont ouverts 24h/24 : Le site de Senlis accueille les urgences adultes et gynéco-obstétricales et le site de Creil les urgences adultes et pédiatriques, amenés à être regroupés dans des futurs locaux (cf. projet architectural). Des procédures viennent compléter la formalisation de l'organisation (exemple : procédure IAO). Un SMUR est en place sur chaque site.

Les urgences chirurgicales lourdes, neuro-vasculaires et cardio-vasculaires sont accueillies sur le site de Creil, directement où se situent le plateau technique adapté, ainsi que le bloc opératoire et les lits de réanimation. Les patientes se présentant aux urgences générales de Creil avec une problématique gynéco-obstétricale sont adressées en consultations non programmées sur ce même site, sauf cas d'urgence de prise en charge. La prise en charge des urgences psychiatriques est assurée sur les deux sites par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHI de Clermont de l'Oise. La commission des admissions non programmées est constituée ; après deux années d'absence de réunion, elle se mobilise à nouveau sur le sujet de la fluidification des parcours. Le recours aux avis spécialisés est organisé.

Une Unité Médicale de Gestion du Parcours de Soins est en place pour fluidifier les temps d'attente après la prise en charge initiale aux urgences, par connaissance en temps réel des disponibilités d'aval (appels téléphoniques des services de soins). Les relations avec le laboratoire d'analyses médicales et le service de radiologie sont définies. L'aval en hospitalisation est assuré par les services de spécialités et les services de médecine polyvalente de Creil et de Senlis, ainsi que par l'UHCD positionnée sur chaque site et le Service de Surveillance Post-Urgence (SSPU) de Creil. Les besoins en compétences et en nombre de ressources humaines sont identifiés.

Les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales fonctionnent sous la responsabilité des spécialistes. Depuis la dernière visite de suivi de certification, le plan de formation des IDE à l'accueil et l'orientation a été renforcé. Un tutorat est en place pour les nouveaux arrivants.

Les ressources documentaires sont gérées via l'intranet. L'établissement déploie le nouveau logiciel de gestion des documents et des événements indésirables; les urgences a rédigé des procédures et protocoles adaptés (exemple: protocole parcours du patient).

Les équipements et leur renouvellement sont prévus, les maintenances préventives et curatives sont organisées. L'informatisation du nouveau dossier patient aux urgences est mis en œuvre sur les deux sites d'urgence aussi bien adultes que pédiatriques et obstétricales.

Un projet architectural à échéance 2024 prévoit une restructuration (impossibilité actuelle d'étendre le service de Creil) avec le regroupement des urgences adultes et pédiatriques. Ce projet en est à la phase "esquisse" validée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement soignant ainsi que les chefs de service des différents secteurs (urgences adultes, urgences pédiatriques et urgences gynéco-obstétricales) sont en charge de la déclinaison de la démarche qualité. Les professionnels sont associés à la démarche et informés des résultats des évaluations des pratiques professionnelles ainsi que des actions issues des retours d'expériences mises en œuvre lors événements indésirables.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques dans les différents secteurs. Au niveau de l'ensemble des secteurs un audit ciblé sur le « remplissage des feuilles d'orientation et d'accueil » est réalisé à périodicité définie ainsi qu'une enquête d'observations sur les différents délais de prise en charge aux urgences avec pour objectif de consolider les résultats obtenus informatiquement. D'autre part, les différents secteurs participent à des patients traceurs et s'inscrivent dans les démarches transversales du groupement hospitalier pour le sud de l'Oise (GHPSO) comme l'audit sur « l'évaluation et la traçabilité de la douleur », celui sur les « chariots d'urgences » et du « port du bracelet d'identité ».

Les professionnels connaissent le système de déclaration des événements indésirables. Des revue de morbi-mortalité (RMM) et des retours d'expérience (REX) sont mis en œuvre aux urgences pédiatriques en transversal avec le service de pédiatrie, aux urgences adultes du site de Creil en transversal avec le service de réanimation, aux urgences adultes du site de Senlis et aux urgences gynéco-obstétricales en transversal avec le bloc obstétrical et le service de maternité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en nombre et en compétences en personnel infirmier et en personnel aides-soignants sont adaptés aux besoins sur l'ensemble des sites et des filières (urgences pédiatriques sur le site de Creil, urgences gynéco-obstétricales sur le site de Senlis et urgences adultes sur les deux sites).

Sur les secteurs urgences adultes de Creil, urgences pédiatriques et les urgences gynéco-obstétricales un personnel infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) est présent 24h/24. Sur le secteur urgences adultes du site de Senlis un personnel IAO est présent 12h/24, en période de garde la fonction est assurée par le personnel infirmier affecté aux soins, qui est formé à cette fonction. Sur l'ensemble des secteurs la majorité des professionnels infirmiers est formée, pour ceux qui ne sont pas formés il s'agit des nouveaux arrivants dont la formation est programmée en fin d'année.

Les ressources médicales sont adaptées en nombre et en compétences au niveau des urgences pédiatriques localisées sur le site de Creil et des urgences gynéco-obstétricales localisées sur le site de Senlis dont la séniorisation est assurée 24h/24.

Cependant, l'effectif médical du site de Creil et du site de Senlis ne permet pas toujours d'assurer la disponibilité des compétences médicales bien que le GHPSO ait mis en place une mutualisation des effectifs médicaux et une politique active de recrutements d'urgentistes permettant de sénioriser la prise en charge médicale. Les effectifs restent insuffisants pour répondre aux besoins de prise en charge des différents box aux urgences et à l'organisation médicale définie dans le règlement intérieur au niveau du site de Creil. Pour exemple, le poste de médecin d'orientation et d'accueil (MAO) ne peut à ce jour être pourvu.

Il a été noté par ailleurs que le service des urgences adultes du site de Senlis a été obligé de fermer durant un mois et demi sur la période d'été 2021.

Au moment de la visite, le Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR) de Creil était fermé faute de possibilité de séniorisation des interventions et en accord avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), sa zone d'intervention a été répartie entre le SMUR de Senlis et un SMUR d'un département limitrophe. Afin, de limiter les problématiques engendrées par cette fermeture, le GHPSO a mis en place sur le site de Creil un transport secondaire para-médicalisé (T2IH) pour assurer le transfert des patients entre Creil et Senlis et vers les centres hospitalier de référence le cas échéant.

Les équipements des salles de soins et des salles de déchoquages des urgences adultes et pédiatriques sont conformes et adaptés à l'activité. Au niveau des urgences gynéco-obstétricales les équipements des salles d'examens et de surveillance des parturientes (monitoring fœtal) sont conformes et adaptés. Un chariot d'urgence opérationnel et vérifié mensuellement est disponible dans le secteur.

Les locaux au niveau du secteur des urgences gynéco-obstétricales sont adaptés à l'activité en nombre et en surface. Le service dispose d'une salle d'attente avec une vidéo-surveillance, une salle d'accueil IOA, d'un box d'examen, d'un box de prise en charge des urgences et d'un box de surveillance avec monitoring fœtal.

Concernant les locaux des urgences pédiatriques sur le site de Creil et des urgences adultes de Creil et Senlis, ils restent inadaptés à l'activité, bien que des aménagements comme la création d'une salle de transit et d'une salle de 3 lits d'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) ont été créées aux urgences adultes du site de Creil depuis la dernière visite de suivi. L'inadaptation des locaux sur le site de Creil au regard de l'activité est exacerbée par les difficultés rencontrées au niveau du flux d'aval à l'origine d'une accumulation fréquente des patients dans le service en fin de garde.

Par ailleurs, la surveillance des patients en salle d'attente avant prise en charge par l'IAO prise en charge n'est pas complètement sécurisée.

Au niveau du circuit d'accueil des patients non vectorisés pour les urgences adultes, et cela au niveau des deux sites, le premier accueil est réalisé par l'agent administratif et le patient est ensuite installé en salle d'attente, en attente de la prise en charge par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA). Seul l'agent administratif est en vision directe sur cette salle.

Au niveau des urgences de Senlis, une caméra équipe cette salle avec un reporting en salle de soins, permettant une surveillance des patients en attente, mais le jour de la visite cette caméra était hors-service depuis 1 mois (date de la réouverture des urgences du site, après une fermeture de 1 mois et demi).

Au niveau de Creil, il n'a pas de moyen de surveillance en place. A noter que l'accueil administratif de nuit est réalisé par le personnel infirmier du service.

Cette situation engendre un risque pour la sécurité des patient d'autant que le suivi des indicateurs montre que le délai d'attente entre l'accueil administratif et la prise en charge par l'IOA pour les patients passant majoritairement par ce circuit est de l'ordre de 1h00 (données de juillet 2021).

Le respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité du patient et de la fluidification de parcours du patient n'est pas systématiquement garanti. Lors des visites de terrain, sur les sites de Senlis et de Creil, au niveau des urgences adultes, il a été observé des patients sur des brancards dans le couloir, soit en attente de résultats d'examen, soit en attente de transfert en service d'hospitalisation. Par ailleurs, sur le site de Senlis le transport des patients des services des urgences adultes et gynéco-obstétricales vers le bâtiment abritant le scanner et l'imagerie à résonance magnétique (IRM) nécessite le passage en extérieur à proximité d'un parking utilisé par les usagers consultant au service d'imagerie.

D'autre part, sur le site de Creil, les zones dédiées aux unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) pour les urgences adultes (3 lits) et les urgences pédiatriques (6 lits) sont des salles communes dans lesquelles les lits sont séparés par des rideaux de courtoisie et ou des paravents. Le nombre de ces lits n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques au regard de l'activité.

Bien que des travaux architecturaux soient programmés pour les deux filières sur le site de Creil et qu'une réorganisation de la prise en charge médicale a été mise en œuvre par la médecin chef de service, à ce jour, l'exiguïté des locaux sur les deux sites, au niveau des zones d'accueil, des zones d'attente de transit, des box en nombre insuffisant au regard de l'activité et de l'UHTCD, ne permettent donc pas de garantir systématiquement le respect de l'intimité et la dignité aux urgences adultes sur les deux sites, ni la fluidité des parcours patients, faute de disponibilité dans l'établissement de lits d'aval. L'inadaptation des locaux au regard de l'activité est exacerbée par les difficultés rencontrées au niveau du flux d'aval à l'origine d'une accumulation fréquente des patients dans le service en fin de garde.

Le dossier patient informatisé (DPI) est déployé sur l'ensemble des secteurs des urgences. Le dernier dossier patient à avoir été informatisé est celui des urgences gynéco-obstétricales septembre 2021). L'ensemble des professionnels a été formé à son utilisation.

Les documents nécessaires à l'activité des urgences sont accessibles sur l'intranet du groupement hospitalier pour le sud de l'Oise (GHPSO) pour l'ensemble des secteurs d'urgence. Les professionnels rencontrés connaissent les modalités d'accès à la gestion documentaire. Des documents d'information sont par ailleurs mis à la disposition des patients et de leurs proches dans chaque secteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits de prise en charge des patients définis au sein des secteurs sont mis en œuvre dans les différents secteurs. Dans les secteurs des urgences adultes et des urgences pédiatriques les patients non vectorisés sont reçus par l'agent administratif et après leur enregistrement. Ils sont équipés d'un bracelet d'identification et adressés en salle d'attente. Aux urgences adultes de Senlis, l'accueil administratif de nuit est assuré par l'équipe infirmier. Au niveau des urgences gynéco-obstétricale, les patientes sont accueillies par l'IOA qui réalise leur enregistrement. Les patients vectorisés (amenés par ambulance ou les sapeurs-pompiers) sont accueillis directement par l'IOA et l'enregistrement est réalisé secondairement par les ambulanciers ou les sapeurs-pompiers au niveau de l'accueil administratif.

Lors de la prise en charge IOA le degré de gravité est évalué à l'aide d'une échelle de triage commune pour les différents sites qui définit pour chaque niveau de gravité un délai maximum d'attente avant la prise en charge médicale. Le secteur des urgences gynéco-obstétricales utilise une échelle spécifique adaptée au type de pathologie prise en charge. Les patients sont alors orientés en fonction de la pathologie et le degré de gravité. Aux urgences adultes de Creil, trois parcours sont identifiés : traumatologique, médico-chirurgical court et médico-chirurgical long. Sur le site de Senlis, au niveau des urgences adultes, les patients suivent un seul parcours médico-chirurgical. Sur les deux sites, en cas d'urgence vitale, le patient est orienté directement en salle de déchoquage sur les deux sites.

Aux urgences gynéco-obstétricales de Senlis, les patientes suivent deux parcours : gynécologique (orienté en salle d'examen) et obstétrical (orienté en salle de surveillance fœtale).

Aux urgences pédiatriques de Creil, deux parcours sont identifiés : circuit court et circuit long. La salle de déchoquage permettant de prendre en charge des adolescents et des nourrissons.

Le suivi des temps d'attente et de passage est disponible et accessible dans les secteurs sur un écran informatique. Les urgences pédiatriques se présentant sur le site de Senlis sont évaluées avant d'être redirigé sur le site de Creil vers les urgences pédiatriques. La prise en charge des urgences vitales pédiatriques est organisée sur le site avant le transfert sur le site de Creil. Pour les urgences gynéco-obstétricales se présentant sur le site de Creil, celle-ci sont prises en charge au niveau des urgences adultes et réorientées vers les urgences obstétricales du site de Senlis.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est assurée par un accueil direct en unité neuro-vasculaire. Les patients atteints d'un infarctus du myocarde (IDM) sont accueillis directement en unité de cardiologie interventionnelle localisés au niveau du site de Creil. La prise en charge de ce type de patients est organisée sur le site de Senlis avant le transfert sur le site de Creil.

Sur les heures ouvrables, des admissions directes en secteur d'hospitalisation sont possibles, notamment au niveau du parcours de gériatrie et du parcours oncologique de pédiatrie.

Les transmissions soignantes sont assurées trois fois par 24 heures aux relèves d'équipes et les transmissions médicales deux fois par jour lors des relèves médicales. A noter qu'au niveau des urgences adultes de Senlis les médecins participent à la relève soignante du matin et qu'au niveau des urgences adultes de Creil un staff médico-soignant est assuré le matin de façon journalière.

Un recensement des lits disponibles est réalisé trois fois par jour par une équipe associant cadre de santé, personnel infirmier et médecin. Cette équipe est mutualisée entre les deux sites (Senlis et Creil). Cet état des lits est communiqué aux différents services d'urgences. Il recense non seulement les lits disponibles sur le GHPSO mais également sur les établissements partenaires externes.

Pour les urgences adultes de Creil et de Senlis, le recours aux avis spécialisés est assuré soit téléphoniquement soit en présence du spécialiste sur place. Pour les avis sur la période de garde, un tableau de gardes et astreintes est disponible et accessible dans les secteurs.

Les interfaces entre les différents secteurs d'urgences et leur prestataires internes (service d'imagerie, laboratoire de biologie, la pharmacie, le service biomédical) sont opérationnelles.

La traçabilité des soins médicaux et des soins infirmiers est retrouvée dans le DPI. Les prescriptions médicales sont informatisées. L'évaluation de la douleur est assurée et tracée dans le dossier. Des documents de sortie sont remis aux patients lors de leur sortie (ordonnance, courrier de sortie, résultats d'imagerie, résultats biologiques, etc.)

Les bonnes pratiques en identitévigilance et les protocoles sont appliqués.

Un questionnaire de satisfaction spécifique à chacun des secteurs est proposé aux patients, avec des modalités de recueil adaptées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Depuis la dernière visite de suivi, l'établissement a progressé dans son dispositif d'évaluation. Le nouveau Dossier Patient Informatisé (DPI) a été déployé progressivement dans l'établissement et est

désormais effectif pour l'intégralité des urgences (le dernier service équipé du DPI étant les urgences gynécologiques courant septembre 2021). Ce nouveau DPI permet de séquencer les délais d'attente de l'arrivée du patient aux urgences jusqu'à sa sortie.

L'établissement, en lien avec le service qualité, a pu produire un tableau de bord d'indicateurs avec le séquençage de la prise en charge et le suivi au long cours. Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs disponibles sont notamment : le nombre de passages suivant le type d'urgences, le délai de prise en charge entre l'enregistrement administratif et la prise en charge par une IAO, le délai de prise entre l'IAO et un médecin, le délai moyen de prise en charge médicale en fonction du degré d'urgence, les motifs de sortie des patients (taux d'hospitalisation, taux de patients partis sans attendre les soins, sortie contre avis médical), le taux d'hospitalisation de personnes âgées de plus de 75 ans. D'autres types d'indicateurs sont suivis comme le nombre de jours de travail des personnels paramédicaux en mode dégradé, le turn-over médical et paramédical. Le taux de formation des IAO est également suivi.

En parallèle, la direction en collaboration avec le contrôle de gestion suivent un tableau de bord d'indicateurs des urgences issus de la base des admissions comme par exemple le mode d'arrivée aux urgences, le nombre de patients hospitalisés par service suite aux admissions.

De nombreux audits et EPP sont menés comme la complétude de la fiche IAO, la traçabilité des registres papier, le délai d'attente, l'évaluation de la douleur. Une EPP a été menée aux urgences pédiatriques concernant le circuit du médicament. Entre janvier 2021 et la date de la visite, 4 patients traceur ont été menés aux urgences.

Depuis septembre 2021, les équipes de la direction qualité mènent conjointement avec les cadres des audits d'observation en utilisant la grille d'observations issue du nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Un rapport d'activité exhaustif a été rédigé par l'encadrement paramédical en 2018 et 2019. Pour 2020, il a été rédigé uniquement pour le site de Senlis (en raison de la crise sanitaire). Ce rapport comprend notamment des données sur l'activité, les projets de soins, la qualité et la sécurité des soins, la formation et le développement des compétences, les objectifs pour l'année suivante.

Les événements indésirables sont recueillis et analysés. Les professionnels sont associés au retour d'expérience comme la traçabilité des décisions dans le dossier patient, la vigilance sur l'heure des transferts dans les services, la mise en place d'une IDE de coordination pour la gestion des flux intra-urgences, l'amélioration de la surveillance des patients (délai entre prise en charge IAO et prise en charge médicale).

Au 31 mai 2021 (données arrêtées avec l'ancien logiciel qualité et risques), on notait environ 80 EI et une dizaine de réunions CREX/RMM dont la démarche est bien implantée dans l'établissement. Depuis le 1er janvier 2021, deux EIG ont été déclarés et analysés lors de RMM et remontés à l'ARS Hauts-de-France.

Les plaintes et réclamations sont suivies et analysées (au 21 octobre 2021, elles étaient au nombre de 55 pour le service des urgences).

Cependant, les indicateurs ne sont pas complètement consolidés et stabilisés. En effet, le dispositif d'évaluation a été déployé récemment et il est encore trop tôt pour juger de la fiabilité de ces indicateurs extraits du DPI, comme l'attestent les professionnels rencontrés. Les audits d'observation menés aux urgences gynécologiques et pédiatriques permettent malgré tout d'obtenir des données plus fiables. Le recrutement d'un ingénieur développement dans le but d'extraire des données du DPI et la sensibilisation des médecins à saisir en temps réel les premières données dès qu'ils voient le patient quand cela est possible devraient garantir la fiabilité du recueil des indicateurs à court terme.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont menées en regard des résultats obtenus. Elles sont nombreuses : remise à jour des chartes de fonctionnement (où est intégré un chapitre sur les dispositifs d'évaluation) et du règlement intérieur. On note la réactivation du COPIL des urgences et de la commission des consultations non programmées, une volonté forte sur la réorganisation efficiente des locaux des urgences adultes de Creil et la séniorisation de la prise en charge médicale autant que faire se peut.

Afin d'améliorer l'extraction des données à partir du nouveau DPI, un ingénieur développement a été recruté début octobre 2021. Il est prévu à court terme l'amélioration de la culture qualité pour renseigner en temps réel le DPI ainsi que l'exploitation de nouveaux indicateurs (nombre de patients sur un brancard à telle heure, la durée moyenne de séjour en UHCD, etc).

Le questionnaire de satisfaction en vigueur dans l'établissement a été adapté aux urgences et une étude de faisabilité a été conduite aux urgences pédiatriques, gynécologiques ainsi qu'aux urgences adultes du site de Senlis. Les différentes actions d'amélioration font l'objet d'une communication auprès des médecins via les CME et auprès des soignants par les cadres de santé, auprès des représentants des usagers via la CDU et auprès des autorités de tutelle, en particulier l'ARS Hauts-de-France. La communication externe se traduit notamment par le nouveau projet d'établissement, un lien créé récemment entre le service des urgences et un EHPAD comme filière d'aval.

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les IQSS ont affichés.

