



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE LA
RISLE- PONT AUDEMER**

64 route de Lisieux
27504 Pont Audemer
MARS 2018

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	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	43
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	47

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER - PONT AUDEMER	
Adresse	64 route de lisieux 27504 Pont Audemer
Département / région	EURE / NORMANDIE
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	270026008	GCS POLE CHIRURGICALE RISLE-CHARENTONNE	5 rue anne de ticheville 27300 BERNAY
Entité juridique	270000102	CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE - PONT AUDEMER	64 route de lisieux Bp 431 27504 Pont-Audemer
Etablissement de santé	270000425	CENTRE HOSPITALIER - PONT AUDEMER	64 route de lisieux 27504 Pont Audemer
Etablissement de santé	270009210	CENTRE HOSPITALIER PONT- AUDEMER - USLD	64 route de lisieux 27504 Pont-Audemer

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Chirurgie	/	5	/
MCO	Médecine	36	/	6187
SLD	SLD	37	/	/
SSR	SSR	40	/	/

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

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

Coopération avec d'autres établissements	
--	--

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
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	Adulte	urgences	traumatisme du bassin et des membres	urgences	complexe - passage aux urgences	MCO
2	Adulte	chirurgie ambu - endoscopie	Endoscopie gastrique	programmé	simple	MCO
3	Adulte	SSR	Soins palliatifs	programmé	simple	SSR
4	Adulte	SLD	Pathologie Alzheimer	programmé	simple	SLD
5	Adulte	HAD	A définir avec l'établissement	programmé	simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

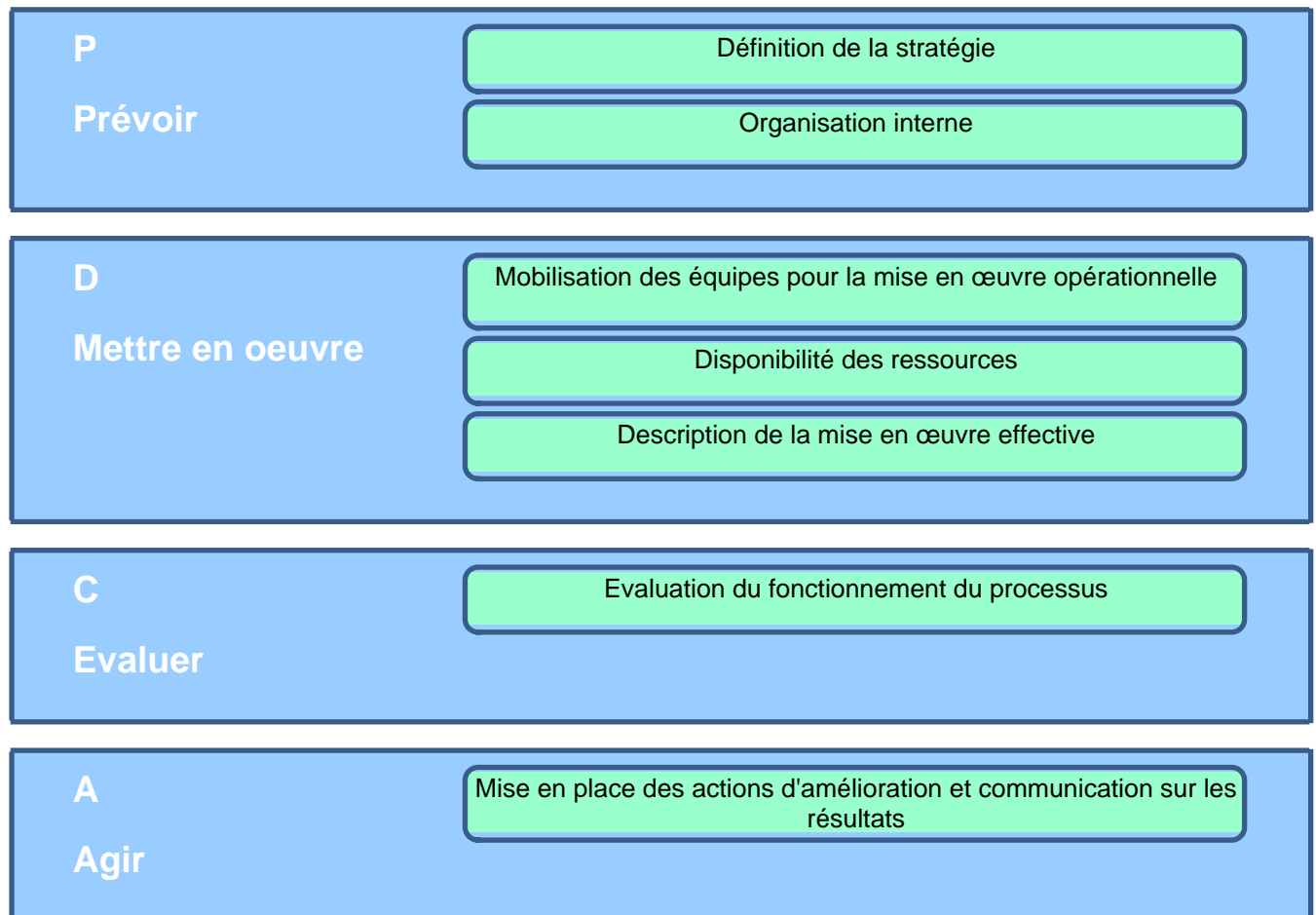
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Plusieurs documents témoignent d'une stratégie de l'établissement pour impulser une politique qualité gestion des risques.

Ainsi, dans le projet médico soignant validé par le directoire et présenté en Conseil de Surveillance en octobre 2016, est défini un axe 7 du projet de soins et de la qualité. Il précise deux priorités :

- Développer une politique qualité et sécurité des soins en renforçant les conditions d'une prise en charge coordonnée et sécurisée du patient,
- Créer un environnement de travail propre à favoriser le développement et l'épanouissement des professionnels.

Deux fiches projets (4 et 6), complètent la stratégie de l'établissement, en déclinant différents actions, 8 en ce qui concerne le thème "Développer la qualité et la sécurité de soins" et 9 en ce qui concerne le thème "Renforcer la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la prévention des risques liés aux soins".

Un autre document, intitulé politique qualité et sécurité des soins – gestion des risques daté de mai 2017, non validée par les instances et sans en identifier la durée, présentait les principaux enjeux de cette politique :

- Fluidification des parcours,
- Droits de patients,
- Accessibilité aux soins,
- Soins palliatifs et PEC douleur,
- Sécurisation du circuit médicament,
- Sécurisation du DPI.

Ces deux documents, projet médico-soignant et politique qualité gestion des risques, n'intégraient pas les éléments demandés par la HAS, dont le suivi des obligations légales et réglementaires ainsi que les gestions de crise.

Un dernier document Politique qualité gestion des risques a été présenté lors de la visite, reprenant les exigences de la HAS.

En ce qui concerne l'analyse globale du processus qualité, une autoévaluation a été faite en décembre 2016 par référence aux critères de la V2010, et des cotations ont permis de prioriser des actions à mettre en place.

Le compte qualité management de la qualité et des risques intègre en outre des actions relatives au développement des EPP au sein de l'établissement, au suivi des indicateurs par pôle, au développement de la culture sécurité des soins.

L'ensemble des comptes qualité, validés par le COPIL Qualité gestion des risques et la CDU en mars 2017, a été présenté en CME et en CTE en février 2017. Ils ont été construits grâce à la cartographie des risques réalisée par l'établissement entre novembre 2016 et février 2017, à la suite de 14 réunions de travail pluriprofessionnelles, et de l'analyse des fiches d'évènements indésirables.

L'établissement a choisi d'utiliser la grille HAS, Fréquence X Gravité et Niveau de maîtrise.

Une priorisation des actions des comptes qualité est faite par processus.

Par ailleurs, un livret des thématiques processus précise, en un seul document, les points forts de chaque processus, le nom des pilotes, les formations dispensées au regard du processus, l'instance de référence, les référents, les références internes, les références HAS, les mesures d'évaluation.

L'établissement a présenté par ailleurs un PAQSS, portant sur la période 2017-2018.

Des plans blanc, bleu sont en place. Le plan de sécurisation de l'établissement est en cours de finalisation.

Cependant, la politique qualité au cours de la visite n'est pas validée par les instances. Plusieurs documents relatifs au déploiement d'une stratégie qualité gestion des risques ont été formalisés. Le document intitulé Politique qualité et gestion des risques devrait être présenté aux instances au cours du mois de décembre 2017.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus management de la qualité gestion des risques. La Directrice des soins, de la qualité et de la gestion des risques en est le pilote, la responsable qualité le co-pilote. Le pilote opérationnel est également la responsable assurance qualité. Elle exerce cette fonction à temps plein. Elle est assistée par une assistante qualité à mi-temps. Les fiches de mission des pilotes sont formalisées. La Directrice des soins et la responsable qualité disposent de formations adaptées.

Une nouvelle coordonateur des risques associés aux soins a été nommée en CME le 17 octobre 2017, suite à la démission de la précédente titulaire du poste, actuel RAQ. Sa fiche de poste précise son temps de travail, de 20 %. Actuel cadre de pôle, elle avait précédemment exercé cette fonction 1 an et demi auparavant, sur une durée de 1 an et demi. Elle a suivi une formation CREX de 2 jours en 2013.

Un COPIL qualité gestion des risques assure la coordination de la démarche qualité gestion des risques sur l'ensemble de l'établissement (suivi de la politique, coordination des actions qualité, définition, suivi et mis en œuvre du programme d'actions qualité et gestion des risques, ...).

Ce COPIL, qui se réunit 3 à 4 fois par an, est composé, outre les deux pilotes visés ci-dessus, du Directeur ou son représentant, du Président de la CME ou de son représentant, des chefs et cadres de pôle, et d'un certain nombre de responsables de l'établissement. Différents comités assurent les relais opérationnels de la démarche qualité, dont un comité de lecture des événements indésirables.

La coordination des dispositifs de vigilance et de veille sanitaire et la gestion globale des risques ainsi que la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont effectives grâce à la présence de la Directrice des soins, de la qualité et de la gestion des risques et de la responsable qualité dans les nombreux comités existants (Comité des médicaments et des dispositifs médicaux, Cellule Identitovigilance, CLIN, ...),

Des plans de crise sont en place. Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement met les moyens nécessaires, que ce soit en termes de ressources humaines, de formations, de locaux matériels ou de documents, avec un dispositif de gestion documentaire opérationnel et connu des professionnels. Des EPP (médicaments, douleur, hygiène bucco-dentaires, ...) sont en place. Une représentante des usagers, élue récemment Présidente de la Commission des Usagers, participe à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel, est en place. Un comité spécifique, appelé comité de lecture, les traite et décide, le cas échéant, de mettre en place des CREX, permettant ainsi l'analyse de leurs causes profondes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité a été réelle.

Ainsi, l'ensemble des comptes qualité ont été construits grâce à l'élaboration d'une cartographie des risques réalisée par l'établissement entre novembre 2016 et février 2017, à la suite de 14 réunions de travail pluriprofessionnelles.

A noter également l'organisation d'une CME « spéciale qualité » en novembre 2016, avec comme ordre du jour un point sur la démarche de certification.

La connaissance globale du compte qualité par les équipes de soins est toutefois très relative, car très récente.

Les professionnels sont formés à l'utilisation des fiches d'événements indésirables, et les déclarations sont effectives (350 fin novembre 2017 vs 347 fin 2016).

Une stratégie est en place concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité sécurité des soins. Ainsi, est à noter la participation de nombreux professionnels aux groupes de travail ou aux audits mis en place dans l'établissement.

Des campagnes de sensibilisation sont également engagées : hygiène des mains, semaine sécurité des patients, restitution audits patients traceurs, affichages,

Des actions correctives ou des CREX sont mis en place en tant que de besoin. Les professionnels y participent. Le retour des informations est réalisé par le responsable qualité ou par l'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens humains mis à disposition sont adaptés à la mise en œuvre du processus, tout comme les locaux et le matériel. Le dispositif de gestion documentaire, papier, classeur et informatique, est opérationnel et connu par les professionnels. Les professionnels sont formés ou informés, et les nouveaux arrivants bénéficient de formation adaptée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La Directrice des soins, la RAQ et les cadres de l'établissement se mobilisent pour déployer des démarches qualité dans l'établissement, notamment au regard des nombreux audits déployés et indicateurs suivis. Des actions qualité sont déclinées dans l'ensemble des secteurs.

Un COPIL qualité est en place, et réunit : directeur adjoint, RAQ, gestionnaire des risques associés aux soins, pdte CDU, pharmacien chef de pôle activités transversales, médecin chef de pôle santé et prévention, directrice des soins, de la qualité et de la gestion des risques, chef de pôle filière gériatrique, cadres de pôle, pdt CME, représentant du personnel, IDE hygiéniste, IDE référente sillage, assistante qualité.

Il se réunit 4 à 5 fois par an.

Les protocoles et procédures sont connus ou disponibles. Le signalement des événements indésirables est effectif. Ainsi, les fiches sont transmises aux référents de chaque secteur, et un comité de lecture, composé de la Directrice des soins en charge de la qualité et de la gestion des risques, de la responsable qualité, des experts par domaine de risques, d'un représentant du personnel, des invités en fonction des thèmes abordés, se réunit chaque trimestre, analyse et transmet les réponses aux déclarants. ou propose la constitution de CREX (8 en 2016 et 6 en 2017), notamment eu regard de fiches d'événements indésirables récurrentes (chutes, médicaments, ...). Un suivi des événements indésirables associés aux

soins est également réalisé : en septembre 2017, 116 événements étaient dénombrés, dont 45 relatifs aux soins et médicaments. Des événements sentinelles sont également suivis et analysés, choisis pour leur nombre et leur impact : identitovigilance, médicaments, défaut de prise en charge du patient. Le recueil de la satisfaction des usagers est réalisé, avec toutefois un faible taux de retour (moins de 3 %).
L'exploitation des plaintes et des réclamations est effective. Ainsi, 31 plaintes et réclamations ont été enregistrées en 2016 (16 en 2015), avec 11 médiations réalisées, 84 remerciements recensés, dont 74 pour le secteur hospitalier.
La CDU est opérationnelle. Sa présidente, représentante des usagers, participe de façon très active à la démarche qualité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses évaluations sont menées, en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité : IPAQSS, ICALIN, ICATB, indicateurs Hôpital numérique, résultats d'enquêtes ou audits (dont les quick audits), EPP, CREX, ou résultats des patients traceurs à blanc (10 patients traceurs réalisés en 2016 et 2017 : urgences, Unité de Soins Palliatifs, SSR, HAD, USLD, HDJ, avec des fiches de synthèse réalisées), bilan gestion des événements indésirables, document unique des risques professionnels, ..., ou par les différentes instances existantes.
Ces évaluations sont suivies par la Directrice des soins et de la qualité, la RAQ, les cadres de l'établissement ou les différentes instances.
L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisé en lien avec la CDU.
Un bilan du fonctionnement du service qualité est présenté chaque année en COPIL qualité. Un point hebdomadaire est réalisé entre la RAQ et la Directrice des soins et de la qualité.
Le PAQSS est évalué lors de la présentation aux instances (COPIL qualité, CME, ...). Les contrôles réglementaires sont assurés et suivis : légionnelles, périodique Commission de sécurité, avec avis favorable avec prescriptions tracées, suivi ASN, avec sur 11 observations produites, 7 ont été réalisées et 4 en cours.

A / AGIR

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

La Directrice des soins et de la qualité, la responsable qualité gestion des risques, les cadres et les membres des différents groupes de travail communiquent sur la démarche qualité et se font le relais des actions auprès des professionnels.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre (suite aux différents audits mis en œuvre, à l'identification des risques réalisée, aux patients traceurs déployés, aux déclarations d'évènements indésirables effectuées par les professionnels, aux CREX réunis 3 à 4 fois par an : 8 CREX réalisés en 2016, avec la participation d'un médecin, avec des actions proposées : mise à jour de la procédure d'urgence vitale, non déblistérisation des médicaments avant la distribution, organisation des transferts de patients avant 15h30, vérification de la concordance entre identité déclinée et pièce d'identité.
Un bilan des fiches d'évènement est réalisé chaque année et présenté en COPIL qualité et en CME, en réunion des cadres et en CSIRMT. Le résultat de l'ensemble de ces résultats est communiqué auprès des professionnels (via notamment la lettre qualité), diffusée mensuellement.
Les résultats IPAQSS sont affichés.
Le PAQSS, portant que la période 2017/2018, est révisé en tant que de besoin. L'information sur les résultats des CREX est réalisée par ses membres. Des résultats sont affichés dans les services concernés par les erreurs.

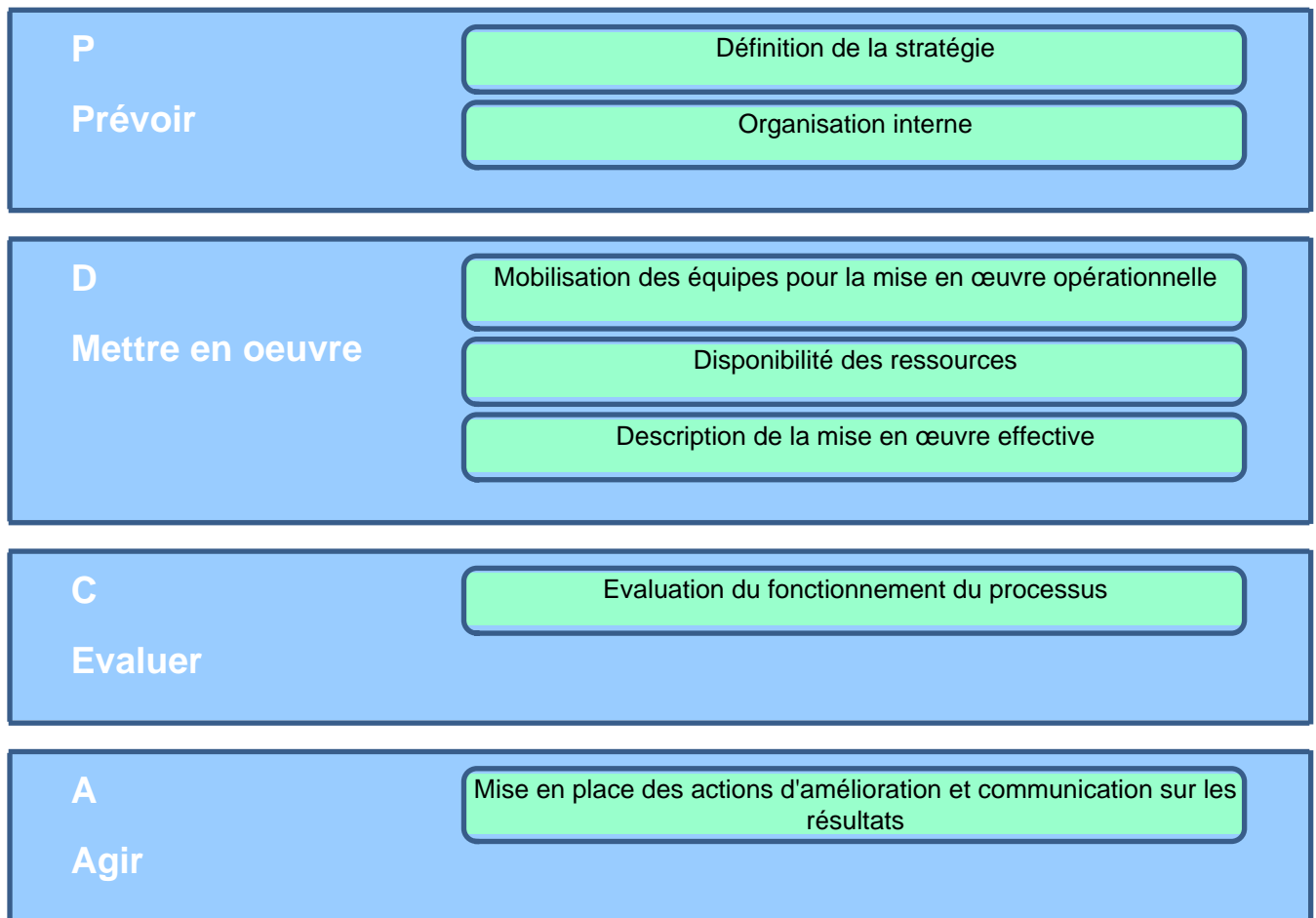
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

La politique de lutte contre les infections associées aux soins est intégrée à la politique globale de gestion des risques de l'établissement. Elle intègre également les attendus de veille sanitaire au niveau régional et national. Elle est menée en lien avec les groupes de travail sur l'hygiène hospitalière du GHT de l'Estuaire de la Seine. Au niveau régional, elle est en lien avec le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections de Normandie (CPIAS), et Groupe Régional des Infirmières Hygiénistes de Haute-Normandie (GRIHHN).

Elle vise à assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients et à prévenir les risques infectieux auprès du personnel.

La responsabilité de sa mise en place incombe au Directeur, au Président du CLIN, au coordonnateur de la gestion des risques et au Président du COMAI-BMR et au PCME.

3 axes prioritaires ont été retenus :

- le développement de la prévention des infections associées aux soins chez les usagers et le personnel,
- la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance,
- la réduction du risque infectieux associés aux actes invasifs.

Ces axes prioritaires sont définis selon la méthodologie des risques a priori. Une cartographie des risques est en place, qui s'appuie sur l'analyse des données, des indicateurs nationaux, des IQSS de lutte contre les infections nosocomiales, des déclarations d'événements indésirables associés aux soins et des déclarations de BMR.

Les objectifs de maîtrise du risque infectieux se retrouvent dans les plans d'action déclinés dans le programme du CLIN et de la commission des Anti-infectieux et celui de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les modalités de mise en œuvre des objectifs, actions et les échéances sont intégrées aux PAQSS.

D'autres actions sont déclinées dans cette politique :

- l'évaluation des pratiques et le suivi des bonnes pratiques,
- le rôle de conseil sur les préventions à mener en cas de travaux,
- la prévention du risque infectieux professionnel,
- les contrôles environnementaux.

Les actions menées au regard des axes définis dans cette politique, et notamment le bilan annuel du LIN, sont présentées aux instances et validées en CME.

Il existe en outre une sous commission de la CME en charge de la promotion du bon usage des anti infectieux et de la surveillance de l'émergence des résistances (COMAI-BMR). Son plan d'action est également présenté et validé en CME.

ORGANISATION INTERNE

La présidente, pharmacienne hygiéniste de l'établissement est le pilote institutionnel du processus. Un CLIN est en place. Il est opérationnel. Il dispose d'un règlement intérieur et se réunit 4 fois par an.

Les participants sont connus et la liste nominative est remise à jour à chaque changement de membre. Un bilan annuel est proposé chaque année à la CME et soumis à validation. Il est également présenté au CHS-CT, à la CSIRMT, et en Conseil de Surveillance. Les représentants des usagers sont invités à assister aux réunions du CLIN. Le bilan annuel est présenté en CDU.

Une équipe opérationnelle d'hygiène est en place avec des correspondants nommés dans chaque secteur. L'équipe est animée par l'infirmière hygiéniste. Elle est en charge de l'application du programme du CLIN et se réunit tous les deux mois.

Une Commission Médicale des Anti-Infectieux-BMR est en place, en lien avec le COMEDIMS, dont la présidence est assurée par un médecin infectiologue avec l'aide d'un médecin gériatre référent antibiotique sur le pôle gériatrique. Cette instance, qui dispose d'un règlement intérieur, se réunit mensuellement (hors été).

Une coordonnatrice des risques associés aux soins, en lien direct avec la direction des soins participe à la mise en place des préconisations (procédures et protocoles). Elle est un appui opérationnel à la mise en place des plans d'action en cours ou à mettre en place.

Les fiches de mission sont en place, présidence du CLIN, référents en antibiotiques, infirmière hygiéniste coordinatrice des risques associés aux soins et correspondants hygiène, nommés dans chaque secteur.

Les ressources sont en adéquation avec les objectifs définis.

Les besoins en formation sont identifiés et les compétences partagées au sein du Groupement Hospitalier du Havre, siège du GHT.

Les ressources documentaires procédures et protocoles sont retrouvées sur le logiciel de l'établissement. Ce dispositif est structuré. Les modes de diffusion sont en place via les correspondants d'hygiène au plus près de soignants et par les cadres des unités. Le président du CLIN et le référent antibiotiques interviennent en CME. Le matériel à disposition, que ce soit du matériel de protection et de chevalets pour isolement, est en adéquation avec les besoins.

Une procédure "Hygiène des locaux" reprend la classification des locaux, le matériel utilisé nécessaire à la désinfection, les techniques et fréquence de nettoyage afin de prévenir la transmission croisée des germes. Les actions de surveillance, prélèvements des endoscopes, contrôles environnementaux air eau et surface, respect des circuits linge, déchets sont programmées.

Un document de prévention du risque infectieux et de recommandations a été élaboré avec la collaboration du responsable des travaux, pour les intervenants extérieurs lors de travaux réalisés dans l'enceinte de l'établissement (zonage, confinement, organisation des prélèvements entre autres).

Les examens microbiologiques sont assurés par le Groupe Hospitalier du Havre. La logistique est en place pour la récolte des prélèvements et leur acheminement. La communication des résultats en temps utile permet de répondre aux besoins, avec transmission informatique et protocole d'appel en cas de BMR ou de résultats entraînant une urgence thérapeutique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>L'équipe opérationnelle d'hygiène se réunit régulièrement et met en place les actions en lien avec la politique. L'articulation avec les référents hygiène par secteur est effective et la communication vers les soignants ainsi facilitée. La direction des soins, en charge également de la qualité et de la sécurité des soins, s'appuie sur la cadre coordonnatrice des risques associés aux soins et les cadres d'unité pour renforcer la communication et l'observance des préconisations.</p> <p>L'ensemble des équipes sont impliquées dans ces actions de prévention. Elles sont formées à la déclaration des événements indésirables. Des CREX sont également en place. Les médecins ont bénéficié de formation dans le cadre des prescriptions des antibiotiques pour la prévention d'émergence de résistance. L'établissement a par ailleurs adhéré à la campagne nationale "Les antibiotiques, juste ce qu'il faut", engagement validé et promu en CME. Cette mobilisation concerne également les soignants de l'HAD. Les campagnes nationales de prévention sont suivies, et les professionnels sont sensibilisés aux risques de transmission croisées et aux actions d'isolement. Les indicateurs sont affichés et permettent de renforcer la sensibilisation (résultats ICSHA, par exemple). Les soignants ont été sensibilisés au risque d'exposition virale (AEV).</p> <p>Les audits, réalisées par exemple sur le respect des précautions standards et complémentaires d'hygiène, la pratique des isolements, la réalisation des hémocultures, ainsi que les EPP (sondage urinaire, hygiène buccodentaire), permettent de mobiliser les équipes sur les plans d'action à mener en fonction des résultats obtenus.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources humaines dédiées à ce processus, que ce soit en compétences et en effectifs, répondent aux besoins de l'établissement.</p> <p>Ainsi, de nombreuses formations sont dispensées : formation initiale et continue sont réalisées en interne et dans le cadre du Groupe Hospitalier du Havre et du GHT.</p> <p>Un travail en réseaux est organisé (Centre d'Appui pour la Prévention des Infections de Normandie - CPIAS - et Groupe Régional des Infirmières Hygiénistes de Haute-Normandie - GRIHNN -), lesquels proposent formations, participation à des groupes de travail, et des surveillances de l'écologie bactérienne.</p> <p>La formation à l'accueil des nouveaux arrivants permet de développer une culture partagée de sécurité et de prévention des infections associées aux soins. Une formation des nouveaux internes ou médecins est assurée par l'infirmière hygiéniste et par le médecin infectiologue. Une formation au bio nettoyage des locaux est en outre proposée, et des protocoles détaillés en fonction des secteurs et de leur classification en niveaux de risques sont en place.</p> <p>De nombreux documents protocoles et procédures sont à disposition dans le système de gestion documentaire. Il existe également des flyers pour la prise en charge de certaines infections, urinaires, bronchopulmonaires, la conduite à tenir en cas d'épidémie, ainsi que des documents d'information destinés aux patients et aux familles concernant les isolements.</p> <p>Des documents de conseil en antibiothérapie de première intention ainsi que les dernières recommandations des sociétés savantes sont à la disposition des médecins. Un protocole d'antibio-prophylaxie pour la prévention de l'endocardite bactérienne en cas d'extractions dentaires a été remis à jour.</p> <p>Les alertes nationales sont relayés par le CLIN (dépistage des patients à risque ayant été hospitalisés à l'étranger, risque viral, information sur cas de peste, ...).</p> <p>Les matériels à usage unique, les outils de signalement et d'isolation en cas de BMR sont en adéquation avec les besoins.</p> <p>L'avis de l'infirmière hygiéniste est requis lors des travaux dans l'établissement et pour tout achat d'équipement ou de matériel en lien avec la prévention des IAS .</p> <p>Un plan de maintenance est en place dans l'établissement et plus particulièrement en endoscopie, secteur à risque, dans le service des urgences (antenne SMUR), et en HAD.</p>

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels sont informés des règles standard des bonnes pratiques de prévention du risque, de gestion des tenues vestimentaires, du lavage des mains et des pratiques des actes invasifs.

Les protocoles sont actualisés et diffusés via l'intranet et leur appropriation est relayé au plus près de soignants par les référents Hygiène de chaque secteur.

Les professionnels sont formés à l'utilisation des nouveaux dispositifs médicaux et à la surveillance des infections sur dispositifs médicaux implantés (technique de prélèvements des hémocultures par exemple). Le signalement des BMR est en place et les informations fournies à la sortie du patient à l'ensemble des acteurs, malade, famille et médecin référent ainsi que les précautions à adopter.

Un livret d'accueil et de prescription pour les prestataires extérieurs est en place et l'infirmière hygiéniste s'assure du respect des consignes données.

Des actions sont menées pour améliorer les signalements et renforcer le système de surveillance des infections associées aux soins.

Le programme de surveillance environnemental en place permet un suivi des résultats et des actions à mener (surveillance des endoscopes, du circuit des DMS).

La problématique de la maîtrise des BMR endémiques et des BHR émergentes fait l'objet de nombreuses sensibilisations : flyer d'information sur des risques identifiés, conseils de prise en charge des phénomènes épidémiques comme les toxiinfections alimentaires collectives, la gestion des infections à clostridium difficile, document sur la gale,

L'information et formation des nouveaux arrivants est organisée, dont celle des nouveaux praticiens.

La journée mondiale sur l'hygiène des mains, couplée à une formation au respect des règles de tenue vestimentaire, ont été menées ainsi qu'une formation à la pratique des hémocultures en cas de suspicion d'infection d'un dispositif médical implanté.

Une surveillance de l'hygiène alimentaire dans les services de soins est réalisée par l'infirmière hygiéniste tout comme la surveillance du respect des circuits du linge et des déchets.

L'équipe d'hygiène opérationnelle participe avec le service de santé au travail aux actions de prévention des accidents d'exposition au risque viral (AEV) par des mises à jour des procédures et par la promotion de la vaccination.

La procédure sur le circuit interne des Dispositifs Médicaux Stérilisables est en révision. Leur stérilisation est réalisée au Groupe Hospitalier du Havre.

Une formation est également assurée aux internes sur la maîtrise du risque infectieux, prévention, prescription et remise d'outils d'aide à la prescription. Cette formation est assurée par le président de la Commission Médicale des Anti-Infectieux BMR (COMAI-BMR), et s'accompagnent de formations régulières de l'ensemble des professionnels au bon usage des antibiotiques.

Un document "des 10 commandements en antibiothérapie" est en place.

Les médecins sont engagés dans la déclaration des BMR, tracent ces BMR dans le dossier patient informatisé et informent les médecins référents et/ou les soignants en HAD ou lors d'un transfert dans une autre structure.

La présidente du COMAI-BMR et le médecin gériatre sont les acteurs du conseil en antibiothérapie. Les médecins ont adhéré à la campagne "Les antibiotiques, juste ce qu'il faut".

La consommation des antibiotiques est suivie et analysée (indicateurs, comparaison avec les résultats nationaux, évolution de l'écologie bactérienne avec le laboratoire du Groupe Hospitalier du Havre).

Une alerte informatique sur la nécessité de la réévaluation des antibiotiques permet à la pharmacienne d'analyser sa réalisation et la justification écrite de la durée des antibiotiques ou de leur modification.

Les actions de formation continues réalisées lors des CME, sont relayées à la médecine de ville (dont certains partagent un exercice à temps partiel dans la structure), et à l'HAD. Une soirée annuelle d'infectiologie est réalisée à l'initiative du médecin infectiologue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ensemble du processus est évalué. Les indicateurs nationaux du bilan LIN sont suivis. Des audits sont menés sur le respect des précautions standards et complémentaires d'hygiène : audit d'observation sur la tenue des professionnels, sur le lavage des mains et l'utilisation des SHA, audit d'observation sur la réalisation des isolements. Des audits déchets sont également menés, via des pesées des DASRI dans l'ensemble des services, y compris en HAD. Un audit de pratique a été réalisé sur la désinfection des endoscopes.

Un audit de pratique pour réduire les transmissions croisées a été réalisé dans le cadre du GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière).

Des EPP ont été menées sur l'hygiène bucco-dentaire et la réalisation du sondage urinaire.

L'émergence des BMR est évaluée ainsi que leur écologie. Une enquête de prévalence a été réalisée. Les accidents d'AEV (exposition virale), sont comptabilisés et leurs suivis évalués. La consommation des antibiotiques est évaluée et comparée au niveau national. Une EPP a été également menée sur l'utilisation des antibiotiques en lien avec l'OMEDIT.

L'évolution des prescriptions est en outre analysée et la communication en est faite en CME.

La traçabilité de la réévaluation des antibiotiques et de la justification à leur poursuite ou leur changement est évaluée (analyse de dossiers, conseils de prescription, ...).
Des questionnaires de satisfaction suite aux formations sont en place. Des CREX peuvent être réalisés en cas de déclaration d'IAS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration à la qualité de l'environnement (propreté et confort), ont été menées rappelant les consignes d'hygiène y compris aux intervenants extérieurs.

Des actions d'amélioration aux tri des déchets a permis de contrôler le poids des DASRI

Ces actions sont suivies, intégrées dans le PAQSS et revues annuellement dans le bilan du CLIN présenté aux instances dont la CDU.

Les actions et leurs résultats pour améliorer la maîtrise de l'usage des antibiotiques sont communiquées à La CME et aux soignants. Les actions d'amélioration au regard des résultats obtenus peuvent être modifiées et la politique est réajustée en fonction des besoins et s'appuie dans le cadre de la maîtrise des BMR sur les alertes de la COMAI-BMR.

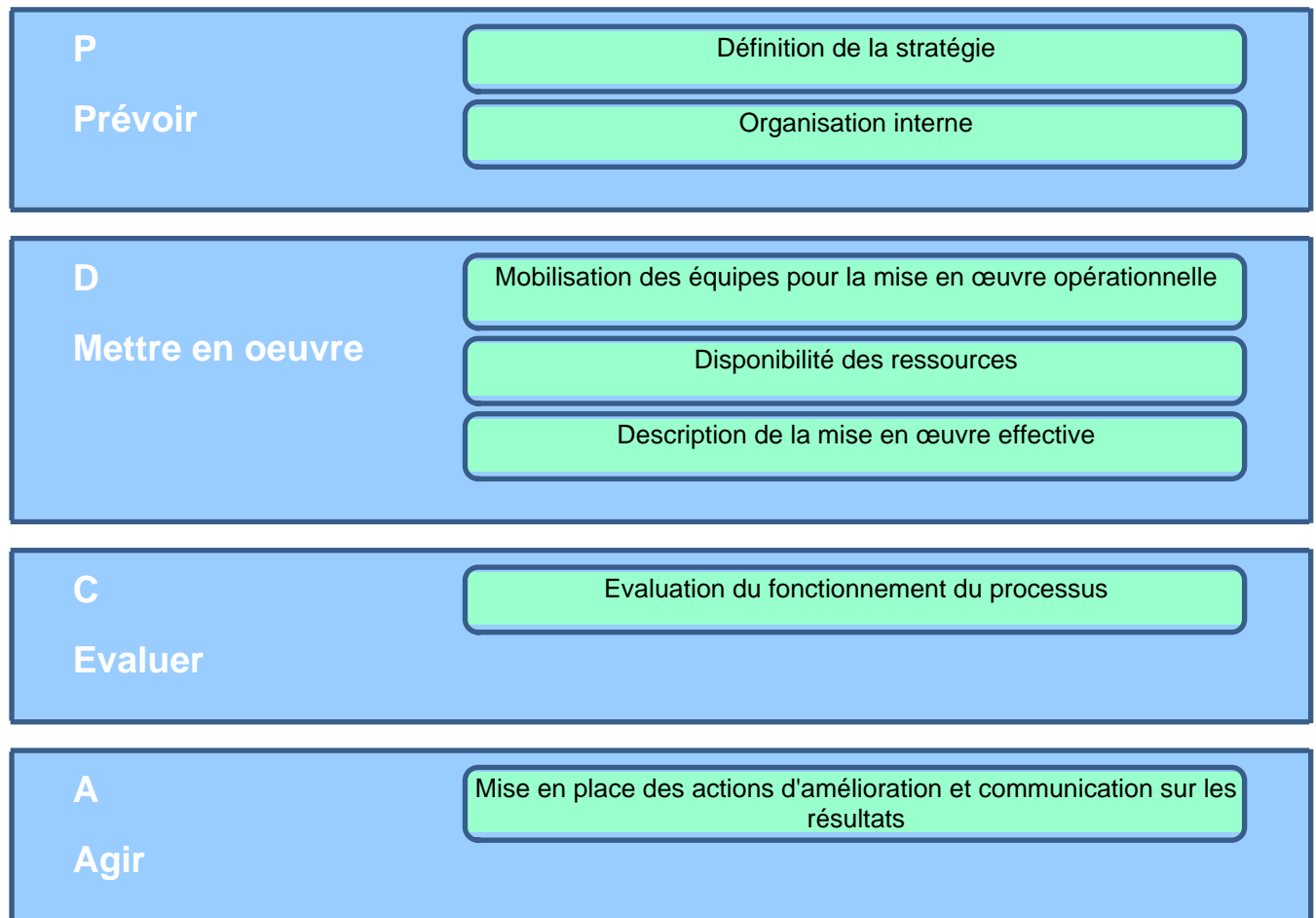
DROITS DES PATIENTS

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

De nombreuses actions déployées en lien avec la CDU témoignent d'une stratégie d'établissement afin de renforcer les droits des patients.

Ainsi, le projet médico soignant de 2017-2022 indique, dans le paragraphe 4 de l'axe 7, le projet n°7, que l'établissement souhaite renforcer la place de l'usager dans son parcours de soin, avec 3 principales actions à mettre en œuvre :

- renforcer l'information et le conseil aux patients dans le cadre des soins dispensés et dans le respect de ses droits,
- développer la démarche bientraitance sur l'ensemble de l'établissement,
- renforcer l'information institutionnelle à destination du patient.

L'identification des risques a été réalisée grâce au travail d'analyse effectué avec le concours de la Présidente de la CDU, représentante des usagers, le Président du conseil de la vie sociale, le médiateur médical, médecin gastroentérologue, une infirmière anesthésiste médiateur non médical et la secrétaire de Direction chargée de la gestion des plaintes et des réclamations.

Ce travail s'est appuyé notamment sur l'analyse des événements indésirables, et des indicateurs IPAQSS.

L'échelle HAS (fréquence X gravité et dispositif de maîtrise en place), a été retenue, et les objectifs et les actions d'amélioration proposés sont cohérents avec les risques identifiés : Réviser la charte de bientraitance, Distribuer et échanger sur la charte de bientraitance à l'embauche, Relancer l'EPP sur la bientraitance, Proposer des formations sur la bientraitance. Des responsables des actions sont identifiés, ainsi qu'un calendrier et un état d'avancement.

Le compte qualité a été validé par la CDU du 10 mars 2017.

Il existe également un PAQSS 2017 incluant la thématique Droits des patients, reprenant notamment les risques et les actions du compte qualité. Il comprend des priorités, des objectifs, des actions, des pilotes, les compétences associées, un calendrier, des modalités de suivi, un état d'avancement et des commentaires.

La cartographie des risques (compte qualité), tient lieu d'état des lieux de maltraitance.

Des actions sont menées visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Ainsi, ont été récemment finalisées les chartes de bientraitance, et une réflexion est en cours sur cette thématique en comité d'éthique. Une EPP maltraitance est prochainement programmée.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus lié aux droits du patient. Trois pilotes ont été désignés : un pilote, Présidente de la CDU et représentante des usagers, et deux co-pilotes, un médecin médiateur et la secrétaire de Direction en charge notamment du secrétariat de la CDU. Une fiche de mission est formalisée pour les pilotes.

La CDU, qui se réunit 4 à 5 fois par an, dispose d'un règlement intérieur validé en juin 2017. Une note d'information du fonctionnement de celle-ci est apposée sur des tableaux d'affichage, sur laquelle sont notés les noms et les coordonnées (dont les numéros de téléphone), des représentants des usagers. Cette note précise également les modalités de réception des réclamations.

La CDU s'est réunie en juillet 2017, dès l'arrivée de la nouvelle représentante des usagers, élue Présidente de la commission, et le Directeur de l'établissement, vice président.

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

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Ainsi, le plan de formation institutionnel comprend des formations en lien avec la thématique, et notamment des formations sur la gériatrie, dont celle proposée par un médecin gériatre et un neuropsychologue du pôle gériatrique, intitulée : " la personne âgée fragile, concepts et réalité". D'autres formations sont proposées : bientraitance en EHPAD et en USLD, la relation soignant soigné, une formation diplômante concernant l'accompagnement en fin de vie.

A noter également la présence d'une IDE du service des soins palliatifs en mission transversale sur l'établissement avec une mission pédagogique sur l'enregistrement de la personne de confiance. Une aide-soignante dispose en outre d'un diplôme universitaire en soins palliatifs en unité de soins palliatifs.

L'établissement a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers. La population accueillie est âgée et les services disposent des équipements en regard. Ainsi, le respect de la dignité et de l'intimité des patients est assurée : le service de médecine est composé uniquement de chambres à 1 lit en Médecine, de 46 % de chambres à un lit en SSR, et 60 % de chambres à 1 lit en USLD. Toutes les chambres doubles disposent de paravents mobiles. Un salon des familles est proposé en unité de soins palliatifs. Des procédures et protocoles en lien avec les droits du patient sont à disposition des professionnels dans la gestion documentaire. Les modalités de signalement des cas de maltraitance (utilisation de la fiche d'évènement indésirable, conduite à tenir en place de mai 2012), d'accueil et d'accompagnement de l'

entourage ainsi que de la désignation de la personne de confiance sont disponibles.
Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Elles se font par l'intermédiaire des cadres de santé lors des réunions de service des différents secteurs d'activité, la CDU, des affiches, les nouveaux livrets d'accueil comprenant notamment la charte de la bientraitance et la charte des personnes hospitalisés et des informations relatives à la commission des usagers. D'autres informations sont disponibles dans ce livret : personne de confiance, directives anticipées, accès aux dossiers médicaux, plaintes et réclamations, et également des informations concernant le Conseil de la Vie Sociale pour le secteur USLD et médico-social.
La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les cadres de santé s'assurent à cet effet du respect des bonnes pratiques en matière de droits du patient et déploient, en lien avec la Directrice des soins et de la qualité et les membres de la CDU, la stratégie de l'établissement. Ainsi, les projets de prise en charge, les organisations et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Les permanences des différents cultes sont organisées, les patients portent des bracelets d'identification et les accès des services ne sont pas fermés. Les contentions physiques sont encadrées (protocole datant de juin 2014). Une organisation est en place permettant le recueil du consentement éclairé du patient, avec un droit affiché de refuser les soins proposés. Un espace de réflexion éthique, organisé tous les trimestres, permet des échanges pluridisciplinaires sur cette thématique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des formations relatives aux droits des patients sont proposées. Un comité éthique est en place.

Les locaux sont adaptés au handicap (plans inclinés situés au niveau portes d'accès de l'établissement).

L'information sur les droits des patients est effective, grâce notamment aux différents affichages et aux quatre nouveaux livrets d'accueil récemment mis en circulation. Il existe également des plaquettes d'information sur les horaires de visites, le règlement interne au service, les chartes du patient hospitalisé, de la personne âgée dépendante, ...

Par ailleurs, les professionnels disposent de documents de procédure et de protocole dans la GED sur la contention, la restriction des libertés, la prise en charge de la douleur, les modalités de signalement d'un cas de maltraitance, fiche de déclaration d'un événement indésirable, les modalités de refus de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients est assuré, au regard des chambres à 1 lit proposés et ou à la mise à disposition dans chaque chambre double de paravents mobiles. Une organisation et des pratiques respectant le respect de la confidentialité sont en place. Ainsi, les transmissions des équipes sont réalisées dans les salles de soins portes fermées et les sessions des ordinateurs présents dans les couloirs se ferment automatiquement en cas d'inutilisation de quelques minutes. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé est en place, incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins (procédure datant de mars 2012, avec des formations dispensées en août 2017). Une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient, et le cas échéant, du refus de soin est opérationnelle. Un accueil personnalisé et soutien de l'entourage est effectif, avec par exemple une rencontre possible avec un psychologue de l'établissement. A titre d'autre exemple, à noter la possibilité pour les familles ou amis de patients admis en service de soins palliatifs de venir lorsqu'ils le souhaitent. Un lit et des repas accompagnant sont disponibles. Un important travail a également été réalisé concernant l'information dispensée sur la personne de confiance et personne à prévenir. L'explication est donnée aux familles lors de la commission de pré-admission de l'USLD, et les indicateurs IPAQS, notamment les TDP 2 mention de la personne à prévenir en médecine et en SSR sont probants (respectivement de 94 % pour le premier et de 100 % pour le deuxième). L'indicateur TDP 2 mention de la personne de confiance en médecine et en SSR, respectivement de 28 % et de 19 % est quant à lui défavorable, mais l'appui d'une infirmière en mission transversale des soins palliatifs devrait améliorer rapidement cet indicateur, tout comme l'informatisation complète récente et effective du dossier patient depuis 6 semaines. Un espace de réflexion est en place, avec des réunions organisées chaque trimestre.

Un important travail a été mené en en USLD s'agissant du projet de vie personnalisé, réalisé en équipe pluridisciplinaire neuropsychologue, médecins, cadres.

Cependant, la participation du patient et de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du PPS n'est pas effective. L'indicateur IPAQSS indique une faible participation des patients à cette mise en

œuvre, du fait précise l'établissement des pathologies rencontrées (troubles cognitifs notamment). Le médecin SSR précise que le document n'est effectivement pas remis au patient et donc non signé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés sur la base d'outils identifiés (indicateurs IPAQSS, audits, dont les patients traceurs réalisés à blanc). Une EPP bientraitance est prochainement programmée.

Une CDU dynamique participe de l'évaluation de ce processus en proposant des actions d'amélioration au regard de l'analyse des plaintes, réclamations ou autres événements indésirables.

Cependant, l'évaluation des usagers est partiellement réalisée. En effet, le taux de retour des questionnaires de satisfaction des usagers s'élève en moyenne à 2,8 % (avec un taux de retour de 0 % en médecine), avec une prise de conscience de l'établissement pour s'améliorer (Compte-rendu CDU du 10 mars 2017). Des services avec des taux de retour plus important : SSR 22 %, HAD 15 %. Il n'existe pas d'autres indicateurs de satisfaction. Objectif affiché de l'établissement lors du COPIL qualité de décembre 2016 : taux de retour de 25 à 30 %.

A / AGIR

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

A l'issue de l'analyse des risques identifiés dans le compte qualité, plusieurs actions d'amélioration ont été initiées : Réviser la charte de bientraitance (action réalisée), Distribuer et échanger sur la charte de bientraitance à l'embauche (réalisée), Relancer l'EPP sur la bientraitance (en cours).

La CDU propose également la mise en place d'actions d'amélioration. Ainsi, en 2016, ont été réalisées : amélioration de l'accueil physique et téléphonique du patient, l'affichage des tarifs sur les lieux de consultations, l'apport d'une aide au remplissage du questionnaire de sortie et installation d'une boîte aux lettres des questionnaires de satisfaction des patients, l'amélioration du circuit de communication avec les plaignants, ... La plupart d'entre elles sont effectives au jour de la visite.

L'ensemble de ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel et suivies en COPIL qualité. Les informations sur les résultats sont transmises via le journal interne et le journal qualité.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

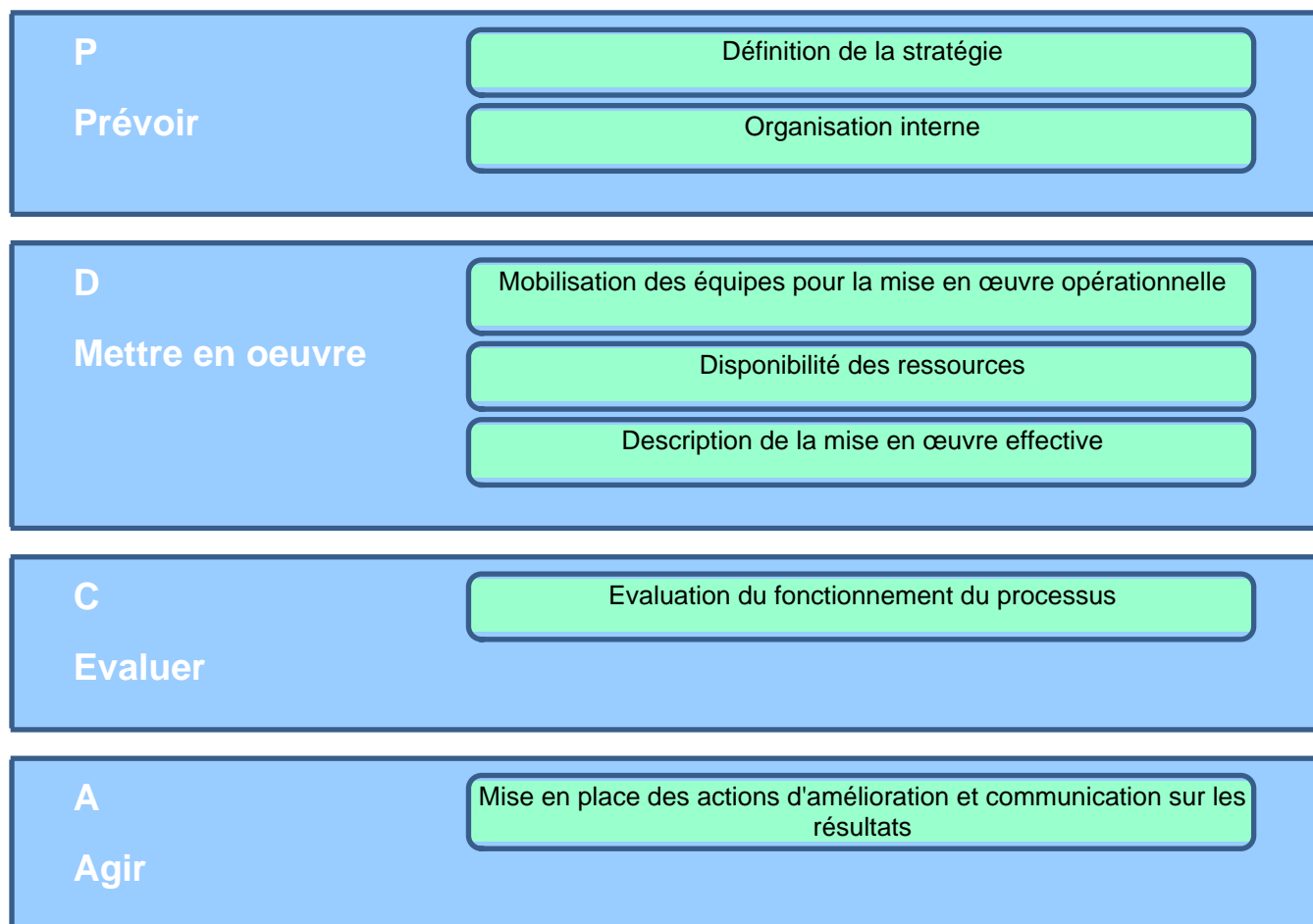
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le Centre Hospitalier (CH) de la Risle à Pont Audemer, organisé en direction commune avec le Groupement Hospitalier du Havre (GHH) depuis 2014, est un établissement de proximité caractérisé par une diminution de l'offre de soins libérale et une population rurale vieillissante. Il dispose d'une offre capacitaire de 113 lits répartis en 36 lits de médecine polyvalente dont 5 de soins palliatifs, 5 lits de chirurgie ambulatoire, 40 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent et gériatrie, 37 lits d'unité de Soins de Longue Durée (SLD) et 30 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Un service d'urgences / SMUR et une UHCD de 7 lits complètent l'offre de soins. Le CH de la Risle est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire de l'Estuaire de la Seine. De nombreuses conventions sont signées avec l'ARS, les établissements de santé de la région Normandie, diverses associations Au niveau stratégique, le processus parcours du patient est sous la responsabilité du président de la CME et de la directrice des soins qui définissent les objectifs institutionnels suivants : développer un pôle de prévention, de dépistage et diagnostic afin de renforcer le rôle du CH de la Risle comme plateforme d'orientation pour les patients du territoire, consolider la place des urgences sur le territoire de proximité, organiser la filière gériatrique intégrée, développer des prises en charges programmées spécialisées dans une logique de filières de soins au sein du GHT,....).

Cette stratégie et objectifs de la thématique Parcours Patient s'appuient sur le projet médico-soignant 2017-2022, validé par les instances en octobre 2016 et du Projet Médical de Territoire du GHT 2017-2022. Différents comités, dont les CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, COMAI (anti-infectieux), participent à la mise en œuvre de la qualité et gestion des risques associés aux soins dans le cadre des parcours du patient.

Un groupe pluridisciplinaire a procédé à une analyse hiérarchisée des risques prenant en compte les différentes étapes de la prise en charge du patient. La cartographie des risques est rédigée, les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité qui aborde l'entrée du patient, sa prise en charge interne et sa sortie. Le PAQSS institutionnel reprend les principaux éléments déterminés par un niveau élevé de criticité.

La coordination des parcours est inscrite dans les contrats de pôles en cours de finalisation.

ORGANISATION INTERNE

Les responsabilités et les missions des pilotes opérationnels, vice président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et Chef du service des urgences assisté du cadre soignant du pôle Santé et prévention, sont définies.

Ce pilotage s'appuie sur les responsables médicaux et non médicaux de pôles et des services. Les pilotes, la cellule qualité et la direction des soins ont constitué un groupe de travail pluridisciplinaire afin de réaliser un état des lieux des parcours existants, identifier, et réaliser une cartographie précise des risques. Le choix de ces objectifs a pu être réalisé suite à un accompagnement d'un cabinet extérieur (formation/action / coaching des chefs de services et des cadres).

Les ressources humaines médicales sont en adéquation avec les activités en ayant recours aux vacances médicales pour assurer la permanence des soins. Un pool de professionnels soignant permet d'assurer les remplacements de courtes/moyennes durées. Les tableaux de gardes et d'astreintes dont la pharmacie et HAD sont affichés dans l'ensemble des services.

Les documents sont élaborés par les professionnels concernés et diffusés dans la gestion documentaire institutionnelle après validation. Les besoins en documents d'information pour les professionnels des secteurs d'activité sont identifiés et mis à disposition sous forme de plaquettes d'information élaborés avec les professionnels dans la GED (règle des 5B, aide à la prescription des antibiotiques,décès...), de recommandations de bonnes pratiques...

Les supports d'information à l'usage des patients sont diffusés : livret d'accueil, les supports éducatifs, les documents d'aide à la sortie, des affiches.

Un travail d'uniformisation des pratiques à été effectué qui a abouti à l'écriture de protocoles et procédures communes pour l'ensemble des acteurs du GHT ce qui a pour résultat une amélioration des prises en charge aux urgences. La biologie est délocalisée et l'imagerie envoie par télétransmission les images au Groupe Hospitalier du Havre pour interprétation des examens le soir, la nuit, les weekend et les jours fériés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels médico-soignants connaissent les objectifs stratégiques de l'établissement concernant l'organisation du parcours patient et les déclinent dans les secteurs. Les équipes sont conscientes de

l'enjeu qualitatif que représente l'accueil des patients. Elles mettent en œuvre les modalités prévues avec une attention particulière lors de l'installation du patient dans sa chambre. Une check list d'entrée aide à la vérification de l'état de la chambre et à la présence des différents documents dont le livret d'accueil et le document de recueil de la personne de confiance.

Des référents sont identifiés pour conseiller leurs collègues dans une prise en charge particulière du patient : référente plaies et cicatrisation, infirmière des soins palliatif, de la PASS, du CSAPA (addictologie), et en hygiène. Une socio-esthéticienne, une art thérapeute complète ce dispositif.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans les unités de soins, les effectifs et les compétences sont en adéquation avec les besoins de prise en charge aussi bien quantitativement qu'en termes de qualification. Le recrutement du personnel médical reste un challenge pour le secteur des urgences qui bénéficie d'un nombre conséquent de vacataires extérieurs pour assurer son tour de garde. La direction commune avec le Groupement Hospitalier du Havre favorise la venue de praticiens hospitaliers à temps partiel pour prendre en charge les consultations externes et donner des avis médicaux. En MCO, SSR et SLD les règles de présence, le système de gardes et d'astreintes permettent d'assurer la permanence des soins de jour comme de nuit, dans tous les secteurs. Le SICS (service de suppléance de l'absentéisme), pallie aux absences de courte et moyenne durée du personnel soignant.

La gestion documentaire (procédures, protocoles, formulaires actualisés et validés), est mise à disposition des équipes par le biais de l'intranet sur le logiciel de gestion documentaire. Les personnels sont formés à son utilisation.

De nombreux documents d'information et de conseils élaborés à destination des patients et/ou des professionnels sont disponibles (plaquettes, flyers).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil institutionnel des patients inclut la présentation de l'organisation du secteur de soins, la remise du livret d'accueil, l'identification de la personne de confiance.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté, selon les procédures générales ou spécifiques aux services et en tenant compte des besoins et des risques relatifs à la pathologie et aux caractéristiques des populations accueillies. L'évaluation infirmière s'effectue à l'aide d'un recueil initial de données qui se traduit dans un plan de soins individualisé intégré au dossier. Les autres professionnels non médicaux, dont les rééducateurs et les assistants de service social, sont sollicités au besoin. Des staffs multidisciplinaires sont en place.

L'évaluation continue est effectuée grâce au dossier patient informatisé (DPI) déployé dans toutes les unités depuis octobre 2017. L'HAD bénéficie d'un dossier informatisé différent qui n'est pas interfacé avec celui de l'établissement mais un dossier papier permet la liaison avec le CH de la Risle. Il sécurise la traçabilité et la qualité des informations en améliorant très nettement la qualité du suivi de la prise en charge de l'admission à la sortie du patient.

La construction du projet de soins personnalisé est réalisée sur ces bases, intègre la réflexion bénéfice-risque et permet l'articulation avec les soins de rééducation. Le cas échéant, l'organisation en filières de soins facilite l'orientation du patient vers les soins de suite et de réadaptation.

Le Plan Personnalisé de Soins (PPS) est déployé en USLD.

Il intègre un bilan initial et trace l'évolution de la prise en soin du patient.

L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est effective. Les PPS sont réalisés en SSR.

L'éducation thérapeutique est développée sous la responsabilité d'un pharmacien dans 2 domaines : le diabète non insulino-dépendant et les troubles cardiovasculaires. Deux nouveaux programmes devraient être initiés en 2018 : le patient chuteur et le traitement peros en oncologie.

L'accueil des personnes se présentant pour une urgence est organisé et la réponse à l'urgence vitale est effective. Le personnel est formé et connaît la procédure à mettre en œuvre.

Les chariots d'urgence sont clampés, vérifiés au maximum mensuellement et la traçabilité est effective. La formation aux gestes d'urgences (AFGSU) est opérationnelle.

Le dépistage et la gestion du risque suicidaire sont réalisés grâce à la présence en journée d'un psychiatre aux urgences puis d'un suivi en Centre médicopsychologique (CMP), dès la sortie et une alerte au réseau Vigilance (réseau prenant en charge les patients hospitalisés à la suite d'un syndrome dépressif). Ce risque spécifique est pris en compte dès l'admission du patient avec des mesures spécifiques telles que le blocage de l'ouverture des fenêtres, les couverts adaptés non tranchants, le retrait de tout objet à risque.

L'accueil des populations présentant des risques particuliers est organisée, avec l'existence d'une PASS pour les personnes en situation de précarité, PASS sollicitée dès l'arrivée du patient, un Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), prenant en charge les patients relevant de comportement en addictologie essentiellement alcoolique.

Le dispositif de prise en charge du handicap par une attention toute particulière et une aide spécifique dès l'accueil.

Le dépistage des troubles nutritionnels est organisé. Ainsi, ils sont détectés dès l'arrivée en hospitalisation avec une pesée des patients au plus tard à 24/48h. Une fiche de suivi de l'alimentation est mise en place par les aides soignantes sur une durée de 3 jours minimum afin d'évaluer le comportement alimentaire du patient. La recherche des troubles de déglutition est tracée dans le DPI. Une consultation

hebdomadaire systématique de la diététicienne est organisée pour faciliter l'adaptation des régimes à mettre en place et renforcer l'éducation nutritionnelle.

Les conditions d'accueil de l'entourage sont également intégrées dans les procédures d'accueil. Les conditions d'accès de l'entourage sont affichées et précisées (horaires de visite, lit hébergement, repas sur place, entretien avec l'encadrement). Les modalités d'information de la famille sont organisées selon chaque secteur et tiennent compte des situations (soins palliatifs, fin de vie, évolutions).

Les dispositifs et préconisations de l'établissement en matière d'organisation de la sortie du patient sont mobilisés : les hypothèses de sortie sont envisagées dès l'admission du patient dans le logiciel Trajectoire, intégrant les évaluations sociales et l'implication de l'entourage. La préparation de la sortie est coordonnée par les différents intervenants. Les ordonnances de sortie sont rédigées en tenant compte des modifications apportées pendant l'hospitalisation.

La justification de ces modifications est transmise au médecin traitant. L'ensemble des documents de sortie sont remis au patient et/ou à son entourage (fiche de liaison, bulletin de situation, ordonnances diverses) le compte rendu d'hospitalisation sera envoyé au médecin traitant et aux spécialistes si besoin dans un délai d'environ 8 jours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre sur la base de tableaux de bord d'activités annuels pour chaque secteur avec le suivi du nombre d'entrées, de journées, les indicateurs PMSI, l'âge moyen ...

La méthode des patients traceurs est mise en œuvre avec 10 patients réalisés en 2016/2017. Les IPAQSS sont suivis, avec des résultats qui devront rapidement s'améliorer du fait de l'informatisation des dossiers patients (tenue du dossier patient 60% Médecine et 60% SSR, la qualité de la lettre de liaison de sortie 45%, évaluation du risque d'escarre 23% et 28%).

Le suivi et la mise à jour du tableau des EPP est sous la responsabilité du pharmacien récemment nommé. Un bilan annuel est réalisé.

L'analyse et le suivi des fiches d'évènements indésirables (240 en 2015, 346 en 2016 et 297 fin octobre 2017), permet la mise en place de plan d'action et de CREX. La gestion documentaire est opérationnelle avec 209 créations/revues documentaires en 2016.

Des audits sont réalisés tels que l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, l'organisation de la sortie, la conformité des tenues professionnelles, l'hygiène des mains, etc...

Des audits sont réalisés sur la conformité des pratiques ; l'exhaustivité du port du bracelet d'identification, sur l'organisation de la sortie du patient, sur la conformité de la tenue professionnelle.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des EPP et des indicateurs donnent lieu à des actions d'amélioration intégrées au PAQSS institutionnel. Les actions sont programmées et coordonnées.

Les résultats des indicateurs IPAQSS donnent lieu à un plan d'action, il est présenté de façon globale aux instances et commissions. Les résultats ont été transmis pour affichage par secteur d'activité.

L'analyse des CREX donne lieu à un affichage dans l'unité concernée et les actions à entreprendre sont intégrées au PAQSS si besoin.

Les comptes rendus des réunions institutionnelles et les résultats des audits sont présentés en réunion de services et affichés dans les salles de soins.

Un bulletin mensuel éCHO RISLE et la lettre mensuelle QUALISOIN informent le personnel des mesures préconisées par l'établissement. La Présidente de la Commission des usagers reçoit l'ensemble des tableaux de bord et d'activité, des indicateurs et des questionnaires de satisfaction. Elle participe activement à la vie de l'établissement.

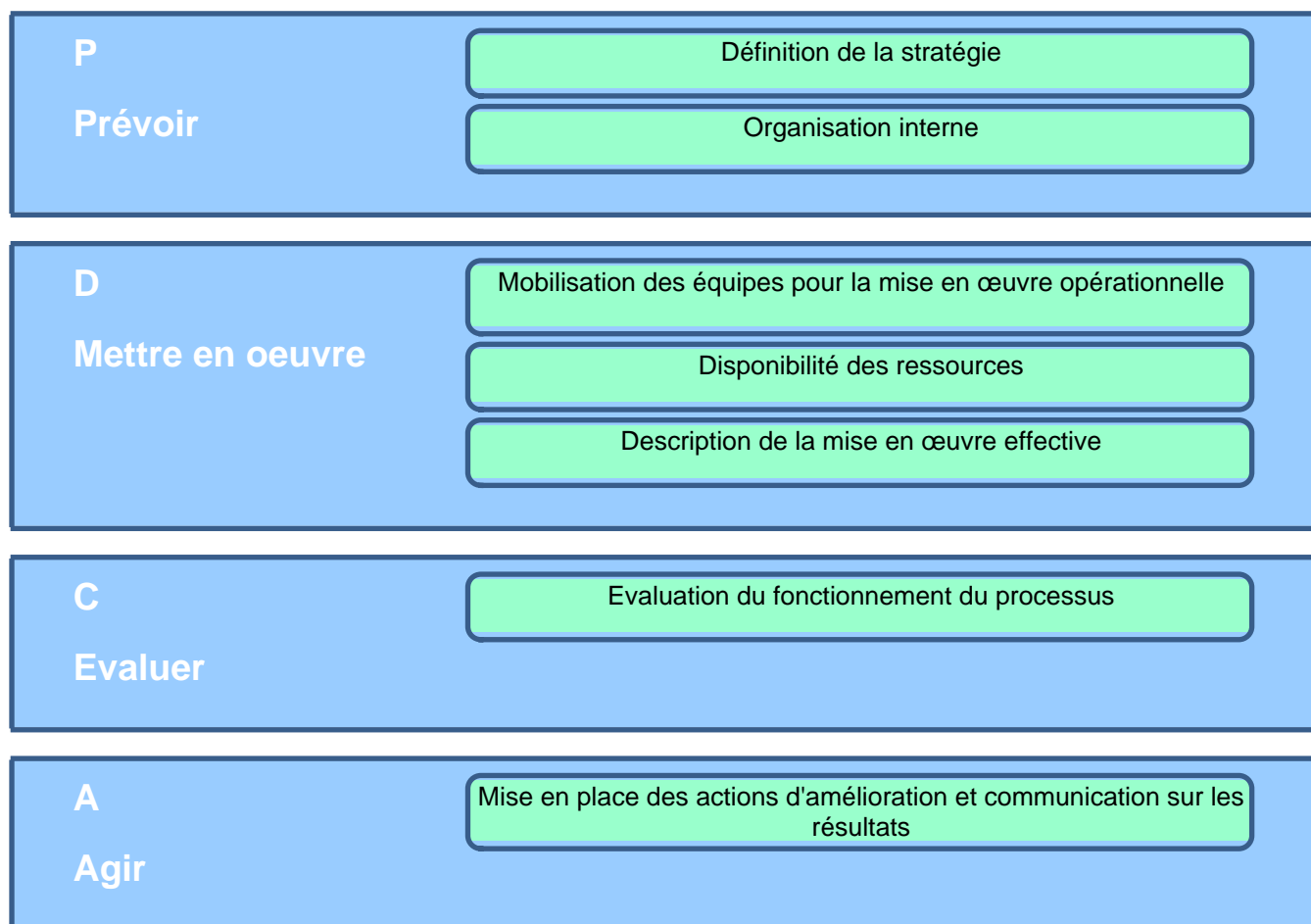
DOSSIER PATIENT

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

L'informatisation du dossier patient est ancienne et date de près de 20 ans.
Une politique dossier est présente dans le projet médico – soignant 2017-2022, axe 7 du paragraphe 4, projet n°3, avec comme objectif de développer la continuité et la coordination des soins, avec comme principales actions :
- informatiser le dossier patient pour sécuriser les informations sur l'ensemble de l'établissement et sur l'intégralité des informations,
- garantir la qualité des informations soignantes,
- faciliter la coordination des professionnels de l'établissement entre les différents métiers, entre les différents temps de la journée, avec les services prestataires.
Un guide d'utilisation du dossier informatisé et un guide d'utilisation du dossier patient papier, datant de 2011), édictent les règles de gestion du dossier patient dont les responsabilités, la tenue la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile, l'archivage.
A noter que le dossier patient informatisé est commun à 3 établissements du GHT.
L'identification des risques de ce processus a été permise grâce à la tenue de 2 réunions du groupe d'analyse de la thématique, en décembre 2016 et en février 2017. La construction du compte qualité a été réalisée en utilisant la cartographie des risques et suite à l'analyse de quelques événements indésirables.
2 risques ont identifiés : défaut de confidentialité et risque d'erreur de prise en charge, avec deux objectifs et des actions en regard :
1°) Sécuriser la prise en charge avec comme action l'informatisation du dossier patient dans tous les services (quelques services en sont aujourd'hui dépourvus comme le service d'Hospitalisation de Jour (dont l'anesthésie et la gastroentérologie), et les bons de consultations plus l'imagerie.
2°) Formaliser les documents à communiquer (ou non) lors d'une demande de dossier patient avec comme action Identifier dans le dossier informatique les documents non communicables lors d'une demande de dossier patient.
A noter l'utilisation par l'établissement de la méthode HAS pour hiérarchiser les risques : Fréquence X Gravité X Maîtrise.
Un PAQSS 2017/208 a été validé. Il intègre sur cette thématique 4 actions : identifier dans le dossier informatique les documents non communicables lors d'une demande de dossier patient, informatiser le dossier patient dans tous les services, organiser la transmission des documents d'information aux correspondants externes par tous les services dans les délais réglementaires – réalisé – lettre de liaison systématique et ouverture DMP organisée à l'accueil administratif, et permettre l'accessibilité du DPI via les Smartphones professionnels.
A noter également l'existence d'un schéma directeur du système d'information du GHT de l'Estuaire de la Seine novembre 2017 avec plans d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Deux pilotes ont été désignés pour animer et gérer ce processus : le Président de la CME et une IDE en charge du déploiement du dossier patient informatisé.
Des fiches de mission ont été formalisées.
Les équipements informatiques mis à disposition des personnels sont adaptés aux besoins (ordinateurs fixes et mobiles), ainsi que les matériels (chariots de soins disponibles dans les unités munis de portables, avec un système WIFI pour les connexions à distance). Les ressources documentaires sont disponibles sur un intranet ou dans des classeurs papiers. Des guides d'utilisation sont en place. Une organisation est définie pour l'accès du patient à son dossier. Une procédure dégradée du système d'information, validée en novembre 2017, permet d'assurer la continuité de l'activité en cas de panne du dossier patient informatisé. L'accès aux archives est organisé : archives vivantes (- de 4 ans), et les mortes (au-delà de 4 ans).
Une organisation est en place pour récupérer les dossiers.
Les archives plus anciennes se trouvent dans les locaux de l'ex tribunal d'instance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes et les professionnels sont mobilisés pour s'assurer du respect des bonnes pratiques concernant l'utilisation des différents dossiers, papier et informatisé, notamment respect des procédures,

protocoles, contenus, confidentialité, etc.).
Des actions correctives sont mises en place au fur et à mesure des évolutions et des évaluations.
Les professionnels sont informés des actions mises en œuvre globalement et des évolutions par les cadres de santé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations ont été dispensées pour déployer le dossier patient informatisé et un accompagnement est réalisé par une IDE en charge du déploiement. Les équipements en matériel informatique permettent l'accès de tous les professionnels au dossier du patient. La gestion documentaire est pour partie informatisée et pour partie sous format papier, dans des classeurs mis à disposition des équipes. Elle est accessible par les professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont connues des professionnels. A noter l'existence d'un groupe de travail Droits d'accès, avec la responsabilité de mise à jour des droits antérieurement donnés ou des nouveaux accès proposés. Un plan de reprise des activités datant d'août 2016 est formalisé. Les informaticiens répondent aux appels la nuit et le WE, sans toutefois qu'il existe une astreinte formalisée. Un projet de mise en place officielle d'une telle astreinte est en cours de réflexion avec le Groupe Hospitalier du Havre. Un dossier spécifique HAD est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Directeur de l'établissement et le médecin DIM, par ailleurs Président de CME, sont garants du droit d'accès aux dossiers médicaux. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est effective, l'information étant fournie notamment dans les livrets d'accueil de l'établissement. Ainsi, 45 dossiers ont été demandés en 2016, avec 34 dossiers de moins de 5 ans et 11 dossiers de plus de 5 ans. Le délai moyen de réponse pour les dossiers de – de 5 ans est de 8 jours et de 16 jours pour ceux de 5 ans.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont organisées, avec aujourd'hui une informatisation quasi complète (sauf Hospitalisation de jour et les consultations). Les comptes-rendus d'hospitalisation sont transmis aux médecins généralistes par courrier et non de façon informatisée, avec un indicateur DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation de 95 % (classe A). Le DMP est à ses débuts (procédure existante de décembre 2016).

Certains indicateurs IPAQSS (Tenue de dossier patient MCO TDP et TDP2, Tenue de dossier patient SSR, TDP et DP2), sont aujourd'hui en classe C du fait de l'absence antérieure d'informatisation (problématique de traçabilité). Lors de la visite, il a été constaté que les informations étaient tracées, ce qui permet de préciser que la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est dorénavant effective. La confidentialité est effective, avec une déconnexion du logiciel en cas d'absence d'utilisation pendant 5 minutes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure la saisie des indicateurs nationaux relatifs au dossier du patient, y compris en USLD. Il participe également au recueil des indicateurs d'hôpital numérique. Des audits patients traceurs ont été réalisés au cours des derniers mois. Un compte qualité a été produit, permettant d'identifier des risques et d'assurer le suivi des actions proposées. Le suivi des délais d'accès du patient à son dossier est assuré annuellement, via la Commission des usagers (CDU).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Les risques résiduels sont actualisés et intégrés au PAQSS. L'ensemble des professionnels est informé via plusieurs supports : la lettre d'information du centre hospitalier, la lettre qualité, les réunions de service et l'affichage. Les actions d'amélioration définies dans le cadre du PAQSS et du compte qualité sont suivies par la RAQ, le COPIL et les pilotes du processus.

La Commission des Usagers (CDU), est informée lors du bilan annuel du nombre de dossiers demandés par les patients et leur famille ainsi que des délais d'obtention.

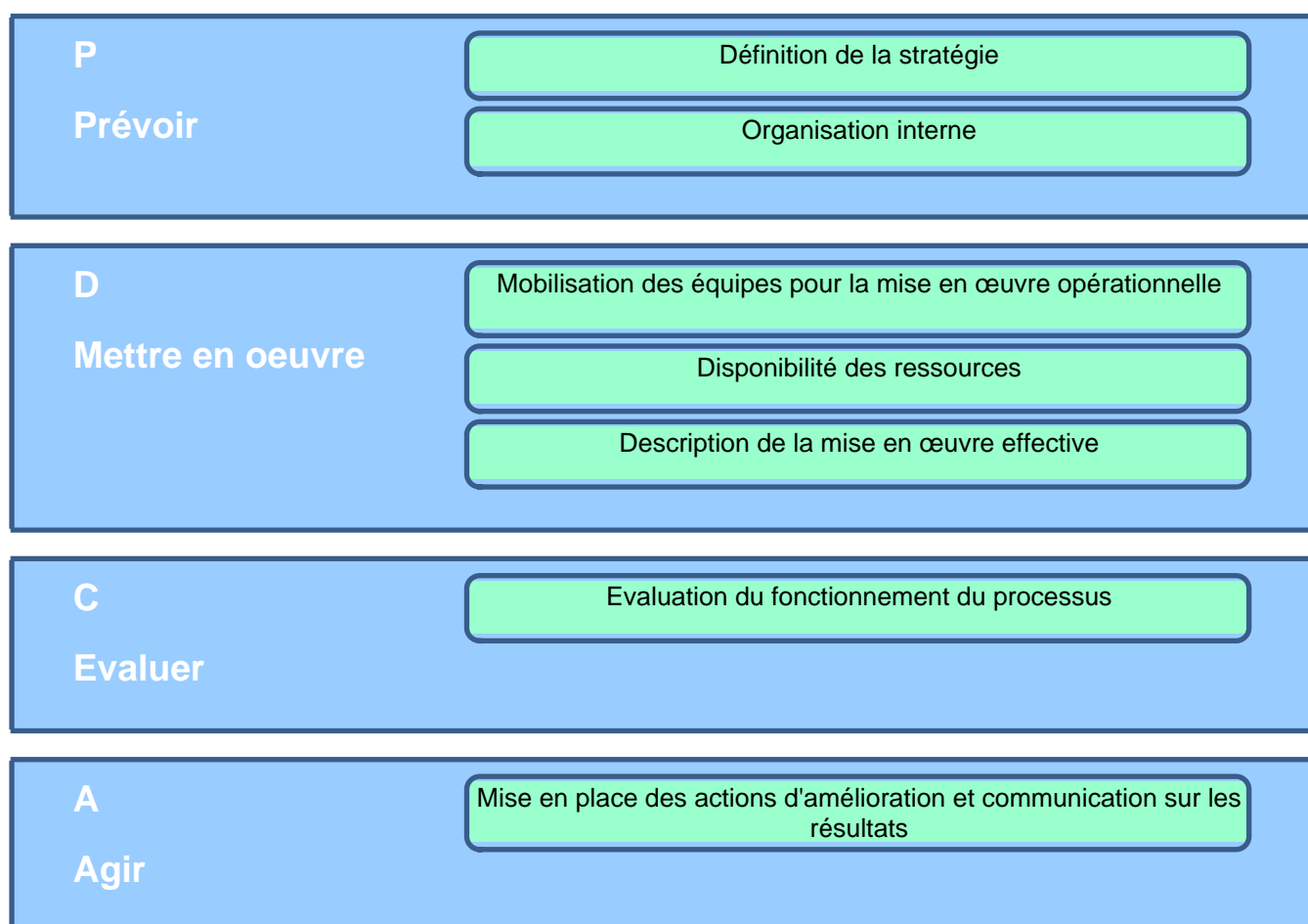
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 CH de la Risle a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité dans son Manuel Qualité du Management de la Prise en Charge Médicamenteuse (MQPECM). Ce manuel prend en compte la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements par une approche concertée et pluridisciplinaire. Elle est intégrée au Projet médico-soignant 2017-2022.

La stratégie a été élaborée en intégrant le rapport du Contrat de Bon Usage du médicament, les indicateurs nationaux TDP, ICSHA, ICATB, ICALIN ainsi que les indicateurs Hôpital numérique.

L'analyse des risques tient compte de l'ensemble des étapes du circuit du médicament de l'approvisionnement, la gestion, la dispensation, le transport, le stockage, l'administration et la validation. Une attention particulière est faite pour les médicaments à risque (MAR). L'analyse prend aussi en compte la diversité des populations accueillies ainsi que le sujet âgé.

La hiérarchisation des risques est effective dans la cartographie des risques, les risques essentiels sont intégrés au PAQSS.

Les principaux risques identifiés sont :

- risque de prescription non conforme,
- risque de iatrogénie médicamenteuse,
- risque de non prise en compte du risque du circuit du médicament.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse est assuré par un pharmacien, président du COMEDIMS, des EPP et de l'éducation thérapeutique (ETP). Il est secondé par la Chef de service de la PUI, responsable par ailleurs de l'hygiène, du dépôt de sang, des dispositifs médicaux et de la stérilisation. Ces professionnels sont missionnés par le chef d'établissement et le président de la CME. Un responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse (RSMPECM), vient d'être nommé. Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis dans les fiches de poste.

Un groupe pluri professionnel associant la Directrice des soins, la cellule qualité, les pharmaciens, des médecins, cadres, infirmières, ainsi qu'un COMEDIMS et une COMAI (commission des anti-infectieux), sont en place.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement déploie les ressources nécessaires en terme d'effectifs et de compétences. Des actions de sensibilisation à l'erreur médicamenteuse sont en place. La formation des nouveaux arrivants est effective. La pharmacie détient la liste des personnes autorisées à prescrire.

La gestion documentaire est organisée via la plate forme intranet, l'ensemble des procédures sur le circuit du médicament a été réévalué en 2017 prenant en compte chaque étape du circuit médicamenteux. La prescription médicamenteuse est informatisée en totalité facilitant l'analyse pharmaceutique pour l'ensemble des patients y compris l'HAD. La dispensation des traitements est en Dispensation Individuelle Nominative (DIN), pour le service de soins de longue durée, en DIN re-globalisé pour le Soins de Suite et Réadaptation et à moitié globalisée en Médecine.

Le déploiement récent de l'informatisation pour ce service devrait permettre la mise en œuvre d'une Dispensation Individuelle Nominative d'ici la fin de l'année 2017.

Le Manuel Qualité a été actualisé en octobre 2017. Il décrit le management de la qualité des différents processus du circuit du médicament, les indicateurs, les documents de référence...

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre la PUI et les services de soins. Elle repose notamment sur le réseau des cadres, l'identification des pharmaciens référents par secteur d'activité. Les réunions du groupe de pilotage et du COMEDIMS à raison de 3 par an, contribuent également à la concertation et à la communication des informations. Des staffs médicaux et d'encadrement sont organisés régulièrement, les pharmaciens sont très accessibles auprès des professionnels de santé en intra et extra hospitaliers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pharmaciens et les cadres de santé sensibilisent les équipes sur les risques identifiés dans leur secteur et s'assurent du respect des procédures. Ils réalisent des audits sur la conformité de la prescription, de l'administration, de la validation en temps réel et du traitement de sortie.

Suite à un appel à projet, l'établissement a bénéficié un jour par semaine d'un pharmacien du Groupement Hospitalier du Havre pour réaliser une conciliation médicamenteuse pendant 4 mois. Une nouvelle demande d'appel à projet vient d'être faite afin de continuer le travail commencé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La PUI est ouverte les jours ouvrables, les horaires sont affichés et diffusés dans les services de soins. Une astreinte de pharmacien est organisée. La rétrocession s'effectue aux heures ouvrables, une place de parking dédiée a été aménagée à cet effet, le local est aux normes. Divers guides d'aide à la dispensation sont à disposition des professionnels et du public.

Des actions de formations à la prévention des erreurs médicamenteuses sont menées, par exemple le e-learning, la chambre des erreurs en 2015 (qui va être à nouveau mise en place en décembre prochain), la formation accueil des nouveaux arrivants, les staffs médicaux etc...

Les matériels et équipements nécessaires sont disponibles et uniformisés : postes fixes informatisés et mobiles, armoires de rangement et chariots de soins adaptés et sécurisés.

Un classeur, sous la responsabilité des pharmaciens, est à disposition dans les salles de soins, le logiciel de gestion documentaire complète l'offre.

Le livret des thérapeutiques est mis à jour à chaque introduction ou retrait de médicament par les pharmaciens, le logiciel dossier patient met à disposition une aide à la prescription et propose des équivalences thérapeutiques. Un projet de livret thérapeutique du GHT est en cours d'élaboration. La liste des médecins autorisés à prescrire et des médicaments écrasables est disponible pour les infirmières.

Des guides d'aides à la prescription sont en place, tels que ceux concernant le bon usage des antibiotiques, le Start and Stop, la gestion des anticoagulants, de prise en charge du diabète, ... Ils facilitent le travail des prescripteurs. Des recommandations écrites sont accessibles : bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration, gestion des produits pharmaceutiques, modalités d'approvisionnement, gestion des traitement personnel, pharmacovigilance et gestion des risques ...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une attention particulière est apportée à la prise en charge du sujet âgé avec la mise en œuvre d'une analyse pharmaceutique systématique pour tout nouveau patient, transféré ou muté. En unité de soins de longue durée (USLD), une revue de pertinence est organisée à laquelle participent médecin, pharmacien et infirmières. Une évaluation bénéfique/risque est réalisée ainsi qu'une revue des prescriptions inappropriées.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les procédures institutionnelles.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie du patient et tracée dans le dossier patient informatisé. Il est procédé à une analyse pharmaceutique bénéfique/risque avant la sortie du patient, un paragraphe du compte-rendu d'hospitalisation reprend les changements de prescription et les raisons qui les ont motivés.

L'analyse pharmaceutique est assurée quotidiennement par le pharmacien référent. Elle prend en compte le traitement personnel. Elle porte sur les médicaments à dispensation nominative et pour les autres molécules, est priorisée notamment sur les prescriptions comportant des médicaments à risque. La gestion des stupéfiants est organisée et contrôlée, les soignants y sont attentifs.

Le transport en caisses et/ou en armoires est sécurisé de la PUI jusqu'aux services y compris pour l'HAD. La chaîne du froid est respectée à l'aide de pochettes isothermes ou de containers réfrigérés pour l'HAD. La surveillance quotidienne de la température des réfrigérateurs est tracée. La gestion des médicaments à risque se traduit par un étiquetage et un rangement spécifique dans les armoires à pharmacie des salles de soins, avec une liste à disposition.

L'administration des médicaments est réalisée par l'infirmière après vérification de l'ordonnance via le dossier informatisé devant la chambre du patient. En sortant, elle valide l'administration en temps réel, ajoute un commentaire si nécessaire. La finalisation récente de l'informatisation du dossier patient a sécurisé la gestion des traitements médicamenteux.

Une organisation des prescriptions lors des astreintes médicales est en place. Un registre "Main courante" permet à l'infirmière de noter la prescription que le médecin d'astreinte lui dicte. Ce dernier confirme le lendemain la prescription dans le logiciel. Cette démarche est inscrite dans la procédure du circuit du médicament.

L'information des patients sur le bon usage des traitements médicamenteux est développée notamment dans le cadre d'actions d'éducation thérapeutique, le diabète non insuline-dépendant ou les troubles cardiovasculaires par exemple. Elle est tracée dans le dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la prise en charge médicamenteuse. Elle repose sur le suivi des tableaux de bord des indicateurs : IPAQSS, ICATB2, ICSHA, ICALIN, du CBUM, des indicateurs Hôpital numérique, des indicateurs internes (qualité des prescriptions, conformité de l'administration, traçabilité de l'information du patient...). Des EPP sont engagées sur la sécurité du circuit du médicament, la pertinence des prescriptions, par exemple sur le bon usage des antibiotiques, la pertinence de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, le sondage vésical.

D'autres éléments participent à l'évaluation du dispositif comme les audits : l'interruption de tâche, la gestion des traitements personnels, le circuit du médicament en HAD. Le bilan annuel du COMEDIMS et

du groupe Qualité de la prise en charge médicamenteuse ou la réalisation des patients traceurs viennent compléter les évaluations engagées.

Le recueil et l'analyse des fiches d'évènements indésirables sur le circuit du médicament est mis en œuvre. Des CREX médicaments sont en place (5 en 2016 et 3 en 2017), permettant d'établir une analyse des causes et de prévoir des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre dans le cadre du suivi des indicateurs, des EPP, des audits et des CREX notamment la mise en place d'une nouvelle feuille de suivi des régimes alimentaires, des rappels sur le respect du livret thérapeutique, des rappels sur la procédure des médicaments et des dispositifs médicaux.

La communication est assurée auprès des professionnels médicaux en CME, et auprès des soignants en réunions de service elle est reprise dans le journal interne éCHORISLE, la feuille mensuelle d'information de la cellule qualité QUALISOINS et le bulletin pharmacie trimestriel.

La Commission des Usagers est informée des résultats et du plan d'actions envisagé.

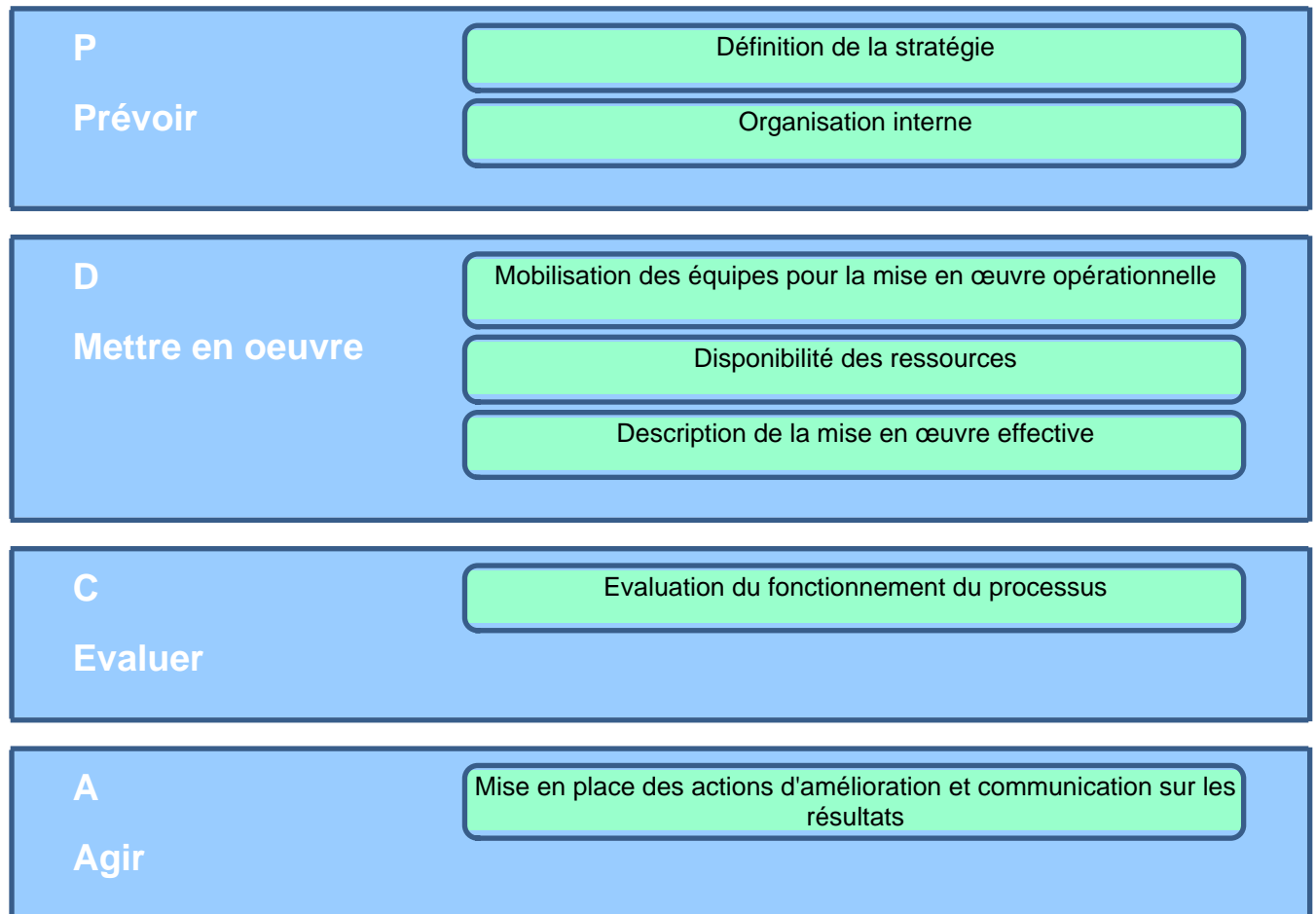
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences du Centre hospitalier de Pont-Audemer assure ses missions de prise en charge et d'aide à la population du territoire.

L'autorisation d'accueil des urgences et des soins non programmés a été renouvelée par l'ARS le 29 septembre 2016. 18000 passages sont enregistrés par an.

Les pilotes stratégiques, médecin urgentiste et cadre du service ont été nommés. Les risques ont été identifiés mesurés et priorisés :

- risque organisationnel sur la gestion des flux et les priorités en fonction du degré d'urgence,
- risque de méconnaissance des règles d'accueil administratives et soignantes,
- manque d'information et de lisibilité des temps d'attente,
- qualité de dépistage et prise en charge du risque suicidaire.

Les plans d'action au regard de l'identification des risques intègre le PAQSS de l'établissement. Leur traitement et maîtrise sont suivis.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont identifiés, leurs fiches de mission sont formalisées.

Les différents secteurs sont identifiés, et l'accueil rénové permet l'accès à l'agent administratif et à l'aide soignante, première interlocutrice du patient debout. Les accès couchés ainsi que les enfants de moins de deux ans sont traités en priorité.

Le service est équipé de trois box de consultation, d'une salle d'examen et d'une salle de déchoquage avec deux postes de prise en charge et un poste consacré à la réanimation pédiatrique. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), dispose de sept places.

Le secteur est organisé avec un planning qui permet de faire face aux besoins.

Le personnel du SMUR est mutualisé avec le personnel des urgences.

Les compétences sont évaluées et validées pour la prise de poste. Un tutorat est en place.

Des formations aux gestes d'urgence sont dispensées et une formation à la prise en charge de l'urgence en pédiatrie a également été suivie (table de réanimation du nouveau né).

Deux médecins sont présents 24h/24 avec des difficultés de recrutement soulevées. L'appel à l'intérim est fréquent.

Le dossier patient est informatisé. La procédure d'AEV (exposition virale), est en place. Les protocoles et procédures sont en place sur le logiciel institutionnel.

L'accès à des examens radiologiques est organisée 24h/24 avec analyse à distance organisée par le Groupe Hospitalier du Havre.

Un laboratoire d'examens biologiques de première intention a été installé au sein du service avec la collaboration du Groupe Hospitalier du Havre.

Un technicien de maintenance est mis à disposition. L'ensemble du personnel infirmier a été formé à l'utilisation des automates et aux règles d'identito-vigilance.

La maintenance préventive et curative des matériels est organisée.

Cependant, les circuits de prise en charge ne sont pas tous définis et organisés. La prise en charge des AVC n'est pas totalement organisée. L'indicateur IPAQSS AVC est en dessous du seuil en vigueur. En effet, si une organisation est en place lors de la prise en charge par le SMUR des patients à domicile avec transfert organisé, il n'y a pas de formalisation de la conduite à tenir pour une arrivée spontanée des patients aux urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La dynamique d'amélioration sous la responsabilité des pilotes du processus s'est axée sur l'amélioration à l'accueil des patients afin d'optimiser la sécurité de prise en charge et la satisfaction des usagers. L'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accueil est un axe stratégique prioritaire en raison des enjeux pour la population du secteur et pour l'établissement.

Cette dynamique s'est appuyée sur une nouvelle procédure d'organisation avec la place particulière donnée à une aide soignante d'orientation.

La déclaration des événements indésirables est suivie, tout comme les plaintes et les réclamations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, compétences et effectifs, sont mutualisées avec le SMUR. Les professionnels sont formés, leurs acquis font l'objet de validation en situation avec un tutorat adapté. Les fiches de poste sont en place et en particulier celle de l'aide soignante d'orientation.

Les professionnels sont formés à l'accueil administratif et aux règles d'identito-vigilance. Les formations aux gestes d'urgence sont assurées.
 L'appel à l'intérim médical est régulier.
 La gestion documentaire est organisée.
 Les procédures d'utilisation des automates sont connues et la formation à leur utilisation a été gérée par le Groupe Hospitalier du Havre.
 Les locaux ont fait l'objet de récents travaux : salle d'attente, chambres de l'UHCD, local de réalisation des examens biologiques.
 Une surveillance vidéo de sécurité est en place permettant un regard sur la salle d'attente et les lits d'UHCD et le déverrouillage des SAS d'entrée.
 Le dossier patient est informatisé.
 Les interfaces sont organisées avec les services : gestion des lits en aval, services techniques et avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène.
 Des plans de maintenance préventive et curative sont organisés avec l'aide du biomédical du Groupe Hospitalier du Havre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de la prise en charge est formalisée et le recours à des avis spécialisés est possible, consultations sur le site, par le secteur psychiatrique pour la prise en charge des urgences psychiatriques, le recours à l'HAD à J 1, l'accueil direct dans les services en particulier pour l'unité de soins palliatifs.
 Une priorité d'accueil est réalisée aux patients couchés et aux enfants de moins de deux ans.
 Un flyer d'accès aux consultations externes de suivi est remis au patient avec les détails du rendez-vous.
 L'accueil debout est réalisé conjointement par l'aide soignante d'accueil et l'agent administratif. Cette organisation permet de réaliser un premier tri des patients debout et de proposer aux IDE une information pour les IDE permettant dévaluer l'urgence de la prise en charge. Ces éléments sont intégrés d'emblée au dossier informatisé.
 L'outil informatique ne permet pas l'analyse des temps d'attente mais celle ci est réalisée au fil de l'eau par le cadre permettant d'afficher la durée prévisionnelle de prise en charge dont la consultation médicale.
 La disponibilité des lits d'aval est possible via le logiciel, et un cadre réalise l'état des lieux régulièrement.
 L'accès aux examens radiologiques est organisée 24h/24 avec une lecture à distance par les radiologues du Groupe Hospitalier du Havre la nuit.
 En cas d'hospitalisation, un livret d'accueil du centre hospitalier leur est remis.
 Des examens biologiques sont réalisées sur site par les IDE formées à l'utilisation des automates. Ces examens sélectionnés permettent de répondre à de nombreuses situations diagnostiques.
 Un système de navette est en place pour l'acheminement d'examens complémentaires vers le Groupe Hospitalier du Havre et les résultats récupérés par lien informatique.
 L'accueil des patients à risque suicidaire a fait l'objet d'un protocole et la vigilance a été renforcée, via l'appel du psychiatre ou du psychologue du CMP pour avis et suivi. Une convention existe par ailleurs avec le centre hospitalier d'Évreux en cas de nécessité d'hospitalisation.
 Des filières de prise en charge sont en place sur le territoire et les transferts régulés par le SAMU 27 en lien avec l'antenne SMUR de l'établissement.
 Le lien avec la médecine libérale est facilité. Les patients ont en effet à disposition le compte rendu de leur passage et un compte-rendu d'hospitalisation est envoyé systématiquement au médecin référent.
 Un secrétariat est en place dans l'unité et prend en charge la finalisation des dossiers (CRH), des cotations et l'archivage.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur est évalué : activité, temps d'attente, activité de l'UHCD, de l'antenne SMUR, taux de transferts.
 Les plaintes et réclamations sont analysées. Une RMM a été organisée récemment dans cette unité.
 La satisfaction des usagers est suivie. Des patients traceurs ont été réalisés.
 Les soignants ont participé à l'EPP sur la pratique du sondage urinaire, connaissent les règles de réalisation des hémocultures en cas de suspicion d'une infection sur site implanté. Ils ont également participé à l'audit institutionnel sur la tenue vestimentaire et l'hygiène des mains.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations ont été menées au regard des risques identifiés (travaux dans l'unité, communication améliorée auprès des patients, amélioration des conditions d'accueil, filières adaptées à la prise en charge du risque suicidaire). Les résultats en sont communiqués et intègrent le PAQS de

l'établissement.

Un projet est en cours, soutenu par l'ARS, au sein du GHT, pour des actions de mutualisation des médecins urgentistes (équipe territoriale de recours).

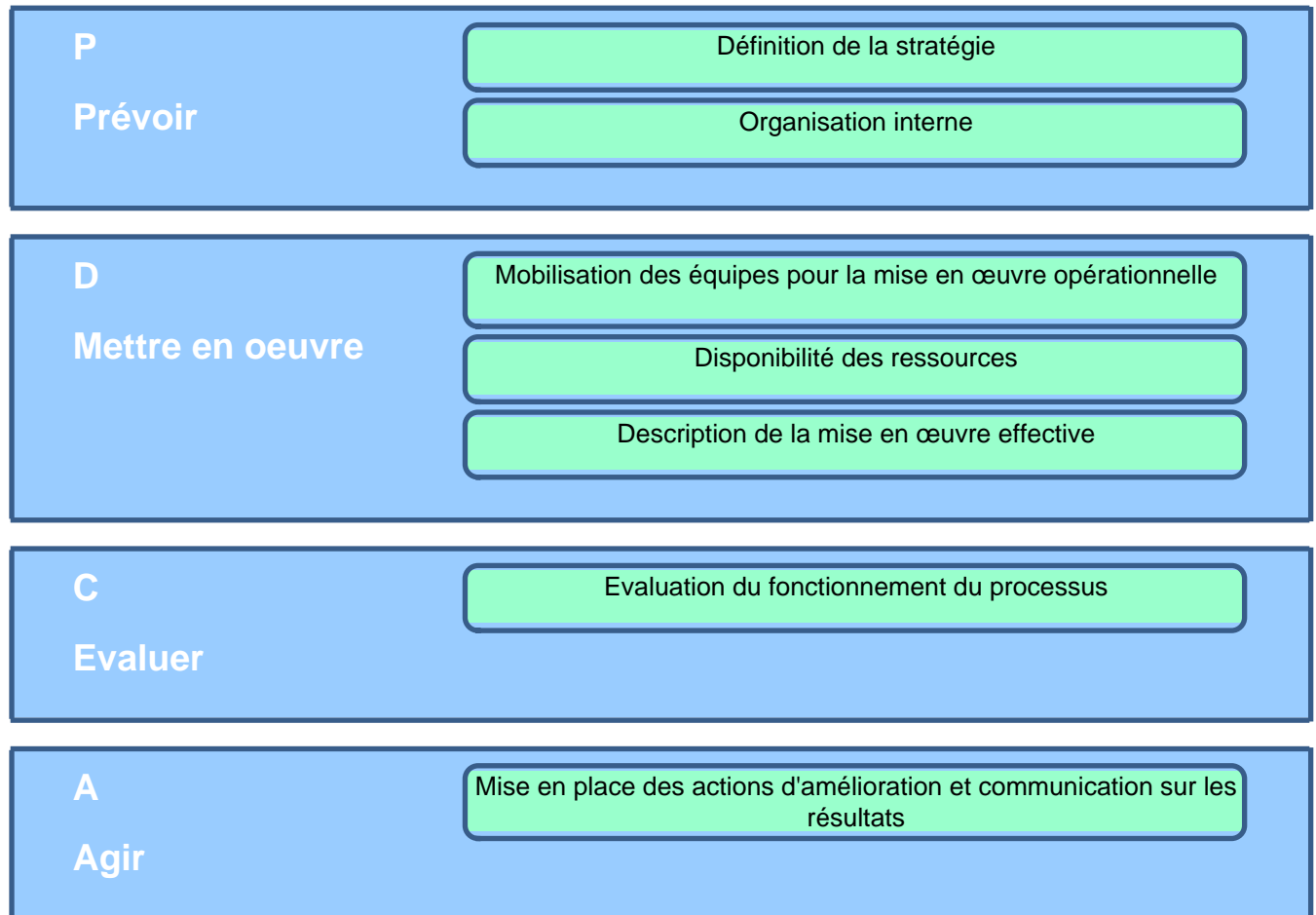
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de La Risle Pont-Audemer dispose d'un secteur interventionnel en endoscopie, nouvellement créé dans les anciens locaux de chirurgie. Ce secteur accueille des activités d'endoscopie digestive et quelques examens ORL. Les locaux sont également utilisés une fois par semaine pour la prise en charge d'extractions dentaires. Le management du processus à risque d'endoscopie est sous la responsabilité du médecin gastro-entérologue pilote institutionnel et de la cadre de l'unité comme copilote.

La priorité stratégique a été l'organisation de la prise en charge des patients dans ce secteur nouvellement créé (il y a 18 mois), et la mise à niveau des pratiques.

Une cartographie des risques a été réalisée par un groupe d'analyse intégrant, entre autres, la Directrice en charge de la coordination de soins de la qualité et de la gestion des risques. Une échelle de cotation est en place et des risques prioritaires ont été identifiés. Ces risques et leur traitement intègrent le PAQSS de l'Établissement.

ORGANISATION INTERNE

Une charte de fonctionnement du secteur a été validée en novembre 2017. Elle décrit l'organisation de la réalisation des endoscopies sous et hors anesthésie générale.

Le pilote du processus, médecin gastro-entérologue, et la co-pilote, cadre du service, disposent d'une lettre de mission validée par le président de CME et la direction en novembre 2016.

Le personnel est mutualisé entre consultations et service d'hospitalisation de jour. La répartition des missions est retrouvée sur les fiches de postes des IDE et des aides soignantes.

Les compétences des personnels font l'objet de formation et de tutorat dans le cadre de l'acquisition des pratiques.

Un protocole de prise en charge du patient en endoscopie reprend le parcours du patient à toutes ses étapes, consultation de l'opérateur, consultation de l'anesthésiste, puis détaille les responsabilités de chacun à chaque étape de prise en charge du patient (accueil, réalisation de l'acte et sortie).

Il en est de même en ce qui concerne les examens pratiqués sans anesthésie.

Les ressources documentaires sont disponibles, que ce soit au niveau du poste de désinfection du matériel, du poste de soins et dans les salles de consultation. La gestion documentaire papier est organisée et accessible.

Le dossier d'anesthésie n'est pas informatisé et le logiciel institutionnel dossier patient est en cours de déploiement dans le service.

Le service possède un parc d'endoscopes en lien avec son activité. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place. Une aide à la matériovigilance est apportée par le Groupe Hospitalier du Havre. L'organisation de la surveillance environnementale et des prélèvements des endoscopes est sous la responsabilité du service d'hygiène. Une maintenance préventive est en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilotage du secteur et l'appropriation de ce nouvel outil de travail a permis une dynamique dans la mise en œuvre opérationnelle des plans d'action identifiés : accueil et information du patient, sécurisation de la prise en charge, prise en compte systématique du risque ATNC par exemple.

La mutualisation des compétences du personnel a favorisé l'appropriation de la démarche qualité et la gestion des risques appuyée par un plan de formation et un livret d'accueil des nouveaux agents.

La planification des soignants sur les postes et leur rotation est anticipée et réalisée par le cadre du service en lien avec les équipes (réunion de service).

Le signalement des événements indésirables est connu. Les soignants sont sensibilisés à la maîtrise du risque infectieux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés au fonctionnement du secteur. La formation initiale et continue est en place avec un tutorat sur chaque poste.

Des documents d'information sont en place : préparation à l'hospitalisation, mesures d'hygiène à respecter, accompagnant et organisation de la sortie. Les documents de traçabilité des endoscopes utilisés sont disponibles et archivés.

Une chek-list HAS propre à ce secteur est en place.

La procédure de vérification d'ouverture de salle est disponible sous format papier secteur interventionnel

et SSPI. Le secteur est en cours d'informatisation.
Une fiche de dépistage ATNC est en place.
Les locaux sont conformes avec respect de la marche en avant et deux circuits identifiés selon la prise en charge, avec ou sans anesthésie générale.
La traçabilité des actes et contrôles est organisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur n'assure que des examens programmés. Cette programmation permet l'édition d'un programme interventionnel adapté à la présence des opérateurs et du médecin anesthésiste vacataire.
Un plan d'amélioration dans la prise en charge du patient repose sur des documents d'information remis à la consultation, l'accompagnement du praticien par une infirmière de consultation qui réexplique les conditions de l'examen. Lorsque qu'une anesthésie générale est requise, la consultation est organisée.
Les fiches d'information et de consentement sont recueillies et signées par le patient. L'appel de la veille et du lendemain sont organisés. L'identito-vigilance est en place.
La sécurité anesthésique est opérationnelle et les documents audités lors du patient traceur ont permis de vérifier la traçabilité attendue. Un score de sortie de SSPI est en place ainsi que la validation médicale. L'ouverture et les contrôles de la salle d'intervention et de la SSPI sont réalisés et tracés. La douleur est évaluée et tracée. La sortie est organisée avec un compte rendu de l'examen remis au patient et un envoyé au médecin traitant.
Le patient est revu par le praticien avant sa sortie et un document précisant les précautions à prendre lors du retour au domicile lui est remis avec numéro d'appel en cas de besoin.
La gestion des endoscopes et la traçabilité des opérations sont organisées, la méthode de désinfection connue et le document agrafé du lave endoscope. Le risque ATNC est systématiquement recherché.
L'hygiène des locaux, les prélèvements sont encadrés par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). La maintenance est organisée et réalisée avec l'aide du Groupe Hospitalier du Havre.
Les solutions dégradées de désinfection manuelles sont en place et le local est adapté.
La tenue de l'agent en poste de désinfection respecte les protections attendues (tablier, port de gants et lunettes de protection).
La conduite à tenir en cas d'exposition au risque virale est à disposition des personnels (pochette AEV - risque viral).
Un référent hygiène et douleur est présent dans le secteur.
Les actions de l'EOH sont organisées et tracées et un cahier de traçabilité permet à tout moment de retrouver l'identité du patient et l'endoscope utilisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un audit de pratique sur la gestion des endoscopes a été réalisé en janvier 2016. Des patients traceurs ont été réalisés sur le secteur. La satisfaction des usagers, en nombre toutefois faible, est mesurée. Les soignants ont participé à l'audit sur le respect de la tenue vestimentaire et l'hygiène des mains.

A / AGIR

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

A la suite des patients traceurs réalisés au cours de la préparation de la visite, des actions d'amélioration ont été mises en place, telle que l'amélioration de l'accueil, avec formation des professionnels aux particularités de la prise en charge en ambulatoire. Un questionnaire de satisfaction des usagers propre à la prise en charge dans ce secteur a été réalisé.
Une refonte des documents d'information remis aux patients a été réalisée. Une formalisation des suivis des prélèvements bactériologiques : air, eau, surfaces et endoscopes, a été réalisée.
La procédure de prise en charge du patient, et dans le secteur a été finalisée en novembre 2017 celle de la programmation en mai.
L'identification sur le document institutionnel du risque ATNC est maintenant réalisée. Toutes ces actions et leur échéance présentes dans le compte qualité ont intégré le PAQS de l'établissement. Un nouvel audit de pratique doit être prochainement réalisé.

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.

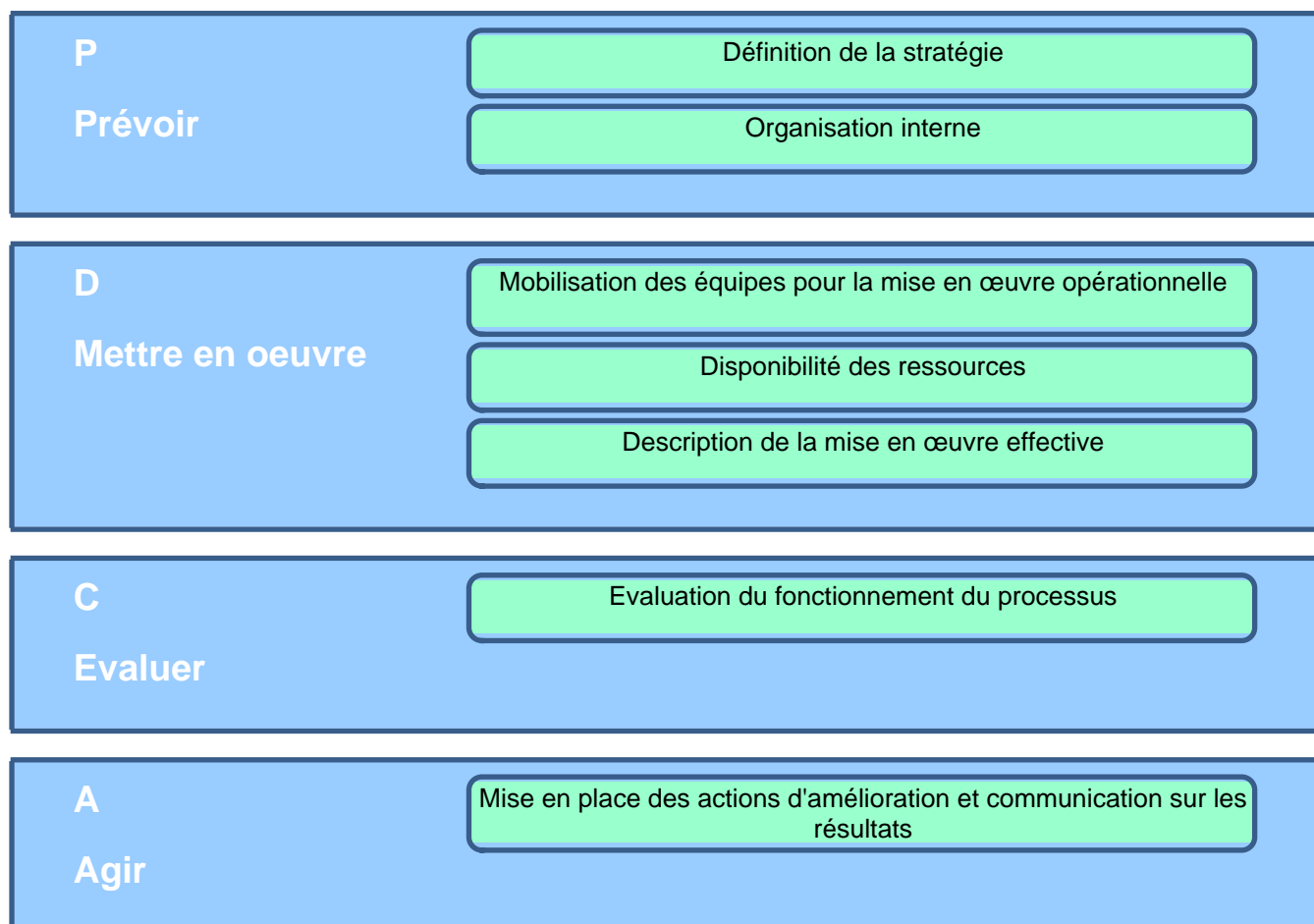
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service hospitalier à domicile (HAD), antérieurement géré par une structure associative de type 1901 entre les Centres Hospitaliers de Bernay et de Pont-Audemer, est depuis mars 2017 intégré par ce dernier établissement. Le service comprend 30 places, dont 20 sont actuellement occupés. La montée en charge est progressive.

L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile a été réalisé par la co-pilote, cadre de l'unité et la RAQ en novembre 2017.

L'identification des besoins et définition d'un processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient a été portée par le management. Elle couvre l'ensemble des matériels, les urgences, les aspects réglementaires, les patients à risque, la continuité de prise en charge. Les actions prévues sont quasiment toutes finalisées lors de la visite. Le PAQSS 2017/2018 intègre également de nombreuses actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est le médecin coordinateur et la co-pilote la cadre de l'HAD. Ces deux responsables sont secondés par une IDE coordinatrice. Les responsabilités sont identifiées dans des fiches de poste ou de mission. Un règlement intérieur, datant de novembre 2017, décrit les principes généraux de fonctionnement de l'HAD : objectifs, modalités de prise en charge des patients, description des missions des intervenants, mode de fonctionnement, staff, continuité des soins, règles de sécurité propre au service HAD, zone couverte.

Les circuits sont organisés, et les locaux du service, situés à l'extérieur du site hospitalier, adaptés à l'activité.

La gestion des interfaces est organisée vis à vis du fournisseur de matériel, prestataire extérieur unique, des établissements de santé du territoire et des médecins généralistes.

Il existe également un manuel qualité du prestataire de service, qui intègrent notamment des protocoles de désinfection et une check-list du patient à domicile.

Des conventions sont passées avec le prestataire et un signalement effectué à ERDF concernant les patients électro-dépendants. La récupération des déchets, notamment de soins (DASRI), est réalisée par les professionnels de l'HAD.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'HAD du Centre Hospitalier fonctionne uniquement avec des professionnels salariés.

La mobilisation de ce service dans l'élaboration du compte qualité, récemment intégré dans le fonctionnement hospitalier, a été réelle.

Une stratégie, menée notamment par le médecin coordinateur et la cadre de l'unité, est en place concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans la démarche qualité sécurité des soins du service. Elle s'assure du respect des bonnes pratiques (respect des procédures, protocoles, consignes, conduites à tenir, information, audits déployés). Des actions correctives sont décidées en cas de besoin, et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation tient compte des effectifs salariés disponibles (médecin coordinateur à temps partiel - médecin généraliste libéral par ailleurs, cadre de santé, IDE coordinatrice, IDE, aides-soignants, secrétaire et 0,20 ETP de psychologue et 0,2 ETP d'assistante sociale).

3 tournées sont ainsi organisées le matin et 2 l'après-midi, en binôme IDE et AS.

Une astreinte médicale et infirmière sont en place, 24H24 et 365 j / 365. L'astreinte médicale est partagée entre médecin coordinateur et médecins hospitaliers des services de médecine. L'organisation est la suivante : l'IDE sollicitée en premier appelle le médecin d'astreinte qui prescrit, l'IDE se déplaçant dès lors au domicile des patients. Des astreintes du prestataire d'équipements médicaux sont également en place H24, lequel informe ERDF des patients à haut risque vital.

Une flotte de véhicule banalisée pour s'assurer de la confidentialité des interventions est mise à disposition des professionnels dont la gestion est structurée (nettoyage, révision, ...).

L'ensemble des professionnels disposent de téléphones portables.

Des formations relatives à l'utilisation des nouveaux équipements sont systématiquement dispensées aux professionnels et un tutorat est organisé au sein de l'équipe (exemple avec l'utilisation de la vac thérapie

en interne, procédé non invasif de traitement des plaies chroniques par application locale d'une pression négative continue ou discontinue 24 heures sur 24), ainsi que des formations de conduite pour les professionnels. Un logiciel dossier métier est en place, et l'ensemble des documents papiers (dont les prescriptions médicales), sont scannés et intégrés dans le dossier papier informatisé.

L'HAD utilise par ailleurs le même système de gestion documentaire qu'à l'Hôpital (y compris pour signaler les évènements indésirables).

Une organisation interne est en place garantissant la mise à disposition en temps utiles des équipements et produits au domicile : les circuits, missions et responsabilités sont décrits dans un classeur mis à jour.

De nombreuses procédures ou autres protocoles sont en place : procédure de gestion des équipements, conduite à tenir en cas de non conformité du matériel, vérification des commandes à domicile, règles de stockage des équipements médicaux et des produits au domicile du patient, mode opératoire de désinfection du matériel et des dispositifs médicaux au domicile du patient, ...

Une organisation est en place pour prendre en charge les prélèvements biologiques, avec des équipements spécifiques à disposition, et un relais organisé avec le Groupe Hospitalier du Havre.

La gestion des DASRI est organisée, avec l'utilisation du coffre des véhicules pour le transport sale.

Il existe également un livret d'accueil spécifique à ce service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en place les organisations prévues. Des staffs sont ainsi organisés permettant de réévaluer les besoins de chaque patient (matériel, traitement, acteurs de soins).

Une évaluation des besoins du patient à domicile est réalisée de façon systématique avant la prise en charge : une pré-admission du patient est organisée chez le patient ou dans le service d'hospitalisation pour évaluer le besoin en équipement.

La coordination des livraisons à domicile par l'HAD est effective. Ainsi, l'intégralité du matériel est commandée et livrée au patient par le même prestataire et contrôlée par le service HAD. La réévaluation des besoins en équipements est réalisée de façon régulière lors des staffs.

Une gestion des pannes et des dysfonctionnements est assurée par le prestataire titulaire du marché 24h/24 et 7 jours sur 7.

Des conventions sont passées avec l'ensemble des fournisseurs de matériel (maintenance et dépannage).

Un signalement est réalisé auprès d'ERDF pour les patients ayant du matériel électrique à domicile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service a récemment mis en place des indicateurs permettant d'évaluer son processus : ainsi, des questionnaires de satisfactions patients sont en place, avec un taux de retour de 15 %, et un suivi des fiches d'évènements indésirables en lien avec les non conformités et les dépannages est réalisé. Un suivi des consommations des dispositifs médicaux avec la pharmacie à usage interne est également en place. Des audits sont réalisés : tenues professionnelles, douleur, médicament, ...

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont pour la plupart issues du compte qualité et intégrées dans le PAQSS institutionnel. Les actions initialement prévues sont la mise à jour de la procédure du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles pour y intégrer la nouvelle organisation avec le PUI, organiser l'état des lieux des besoins du patient lors de la visite de pré-admission et mettre à jour la procédure de gestion des équipements au domicile du patient. Une nouvelle action d'amélioration vient d'être proposée : acquérir des tablettes informatiques pour assurer un suivi en temps réel du patient et faciliter les transmissions d'information avec les médecins généralistes. La communication sur les résultats est réalisée lors des staffs et remontée vers le service qualité gestion des risques.