HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK

1 rue de l'hopital
Bp 90209
59524 Hazebrouck
OCTOBRE 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 9

1. DÉCISION DE CERTIFICATION 9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES 9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE 9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 9
5. SUIVI DE LA DÉCISION 9

PROGRAMME DE VISITE 10

1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES 10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR 10

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE 12

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES 13

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX 18

DROITS DES PATIENTS 23

PARCOURS DU PATIENT 27

DOSSIER PATIENT 33

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT 37

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS 44

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE 49

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE 55

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE 60

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE 64

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT 70

ANNEXE 77

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 apects 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 maitriser 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 maitrisée 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 : *Sigle AP*	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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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 *Sigle P / D / C / A*	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : - 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 : *Sigle PT*	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 : - <u>Point sensible</u> : 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> : 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> : o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

a. Une représentation graphique permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.

b. Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique. Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.

c. Un tableau des écarts qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	
Adresse	1 rue de l'hopital 59524 Hazebrouck
Département / région	NORD / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche

Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	590782652	CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	1 rue de l'hopital Bp 90209 59524 Hazebrouck
Etablissement de santé	590025458	HAD DU CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	116 avenue jean bart Bp 90209 59524 Hazebrouck
Etablissement de santé	590000774	CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK	1 rue de l'hopital Bp 90209 59524 Hazebrouck

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	17	/	6	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	22	/	/	/
MCO	Médecine	49	3	/	14959
SSR	SSR	20	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébés) - 2016

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	GHT- Lille Métropole Flandre Intérieure GCS - CH Hazebrouck – Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres Convention - Association Jean XXIII Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – CHRU Lille Convention – CH Lens Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – HAD Flandres Maritimes Convention – HAD du Béthunois et HAD SANTELYS Convention – Centre Hospitalier d'Armentières et GHICL Convention – EHPAD du Centre hospitalier de Bailleul Convention – Polyclinique du Bois Convention – Centre Bourgogne Convention – « Le Cèdre Bleu » CSAPA d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – Centre de coordination en cancérologie (3C) Flandre Lys Lille Cambrésis Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – Association Alcool Entraide du Nord Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – CHRU Lille Convention – Centre Hospitalier de Bailleul Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – CH Dunkerque Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – SCP de Radiologie et d'Imagerie Médicale d'Arras Convention – CH Dunkerque Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – EPSM des Flandres Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille) Convention – Centre d'Ethique Médicale de l'Institut Catholique de Lille Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – CHRU Lille Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – Centre Hospitalier d'Armentières Convention – EPSM Lille Métropole Convention – Centre Bourgogne Convention – Santélys (Loos) Convention – EPSM des Flandres

Convention – Centre Hospitalier d'Armentières
Convention – EPSM des Flandres
Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille)
Convention – CHRU Lille
Convention – Centre Hospitalier d'Armentières
Convention – CHRU Lille
Convention – GH-ICL (Groupement Hospitalier Institut Catholique de Lille)
Convention – CHRU Lille
Convention – CHH et EHPAD du secteur (Steenvoorde, Cassel, Godewaersvelde et Boëschèpe, Hazebrouck « Le Clos des Tilleuls », Hazebrouck « Clairefontaine », Steenbecque, Morbecque, Haverskerque, Vieux Berquin Méteren, Bailleul, CMMF à Bailleul, Merville, Estaires, Nieppe, Arnèke, Houplines, Bergues, Hondschoote, Wardrecques)
Convention – HAD et EHPAD du secteur (Armentières, Arneke, Bailleul, CMMF de Bailleul, Boeschepe, Cassel, Erquinghem-Lys, Estaires, Haverskerque, Hazebrouck, Houplines, La Chapelle d'Armentières, La Gorgue, Laventie, Mervielle, Meteren, Morbecque, Nieppe, Sailly sur la Lys, Steenbecque, Steenvoorde, Steenwerck, Vieux Berquin)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Chirurgie ambulatoire - 2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
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	Chirurgie	Chirurgie vasculaire	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie	Chirurgie orthopédique	Urgence	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie ophtalmologique	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	Médecine	Cardiopathies	Urgence	Complexe	MCO
5	Femme/Bébé	Gynéco-Obstétrique	Hémoragie Post-partum	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Femme/Bébé	Accouchement	Accouchement par voie basse	Programmé	Simple	MCO
7	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie gynécologique	Programmé	Simple	MCO
8	Personne âgée	SSR Polyvalent	/	Programmé	Complexe	SSR
9	HAD	HAD	Pansement complexe	Programmé	Simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

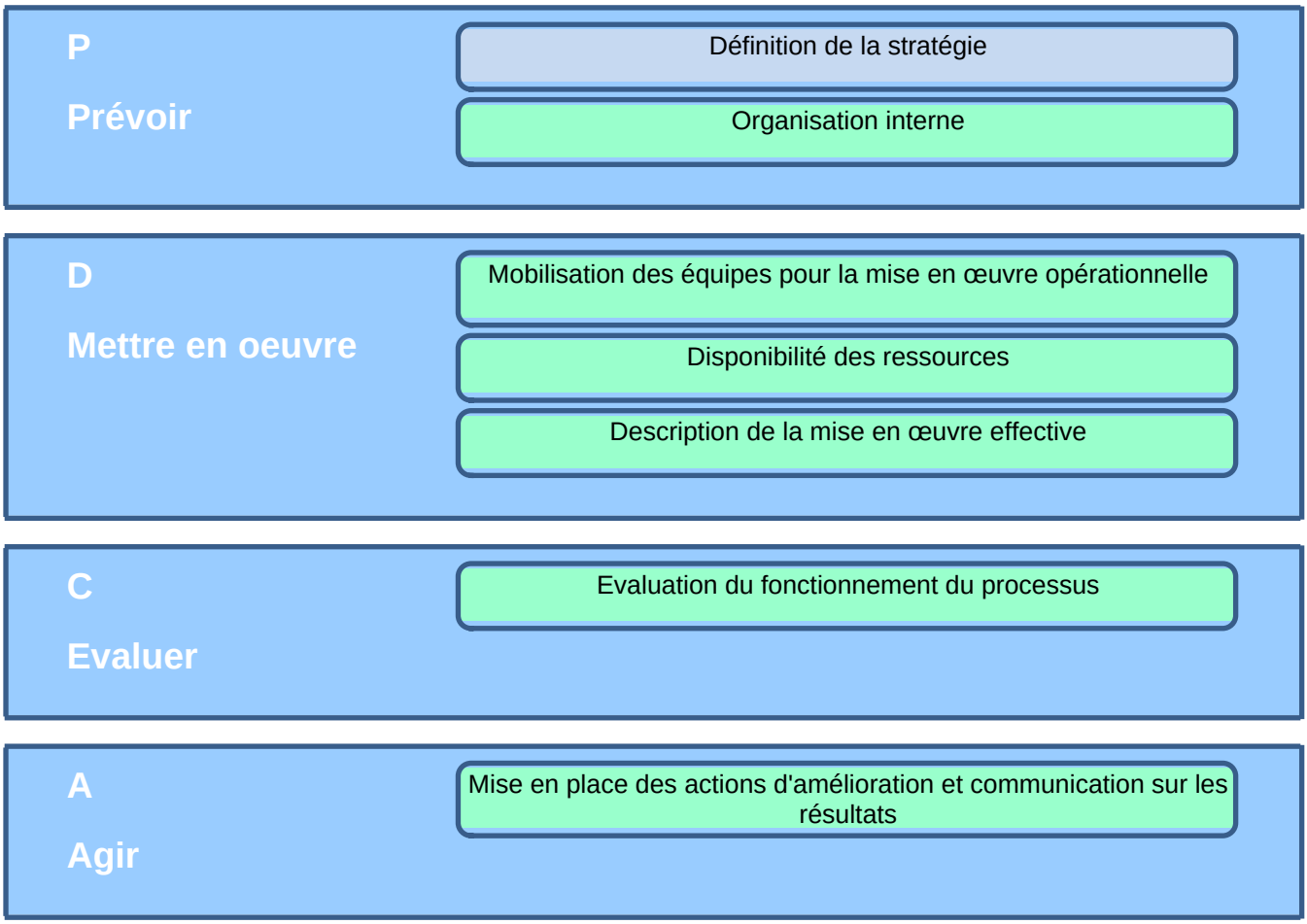
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a inscrit dans son projet d'établissement 2013-2017 d'une part un projet qualité gestion des risques et d'autre part un projet de soins avec un axe consacré à la qualité. Le projet qualité gestion des risques a été décliné dans une politique en 2013 comprenant l'optimisation de la prise en charge et le respect des droits des personnes hospitalisées, la garantie donnée aux patients, usagers et personnels d' un niveau de sécurité optimum et l'incitation aux démarches d'évaluation et à une dynamique d'amélioration. Le projet de soins 2013-2017 contient un axe 4 concernant le développement d'une culture sécurité des soins avec une volonté d'implication de l'ensemble des professionnels, le développement de la communication et d'une action EPP dans chaque secteur, la mise en place d'une culture de signalement des EI, la lutte contre les infections nosocomiales et l'assurance des bonnes pratiques de la sécurité transfusionnelle. Dans ce cadre, l'établissement a établi son compte qualité. Les risques ont été priorisés. Le contenu du compte qualité a été validé par le comité qualité gestion des risques et les instances de l'établissement en juin 2017. Ce compte qualité est décliné dans le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQSS) institutionnel. Les plans d'actions sont structurés avec la définition d'objectifs à atteindre, d'actions à réaliser, de pilotes, d'échéances et de modalités de suivi de l'état d'avancement. Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration Qualité, Risques, Vigilances, notamment dans le cadre de la CDU, au cours de laquelle sont présentées les réclamations, et de leur participation aux comités telle que la cellule d'identitovigilance.

ORGANISATION INTERNE
Le pilotage institutionnel du management de la qualité et de la gestion des risques est assuré par le Comité qualité risques sous le couvert de la CME. Ce dispositif est complété par un pilotage opérationnel. La déclinaison de la politique qualité gestion des risques est assurée par une cellule composée d'un ingénieur qualité, d'un temps de coordonnateur des risques (soignants) et d'une assistante. Cette cellule s'appuie sur les vigilants et les pilotes de thématiques désignés par le Président de la CME et la directrice de l'établissement ainsi que sur les comités experts issus de la CME. La coordination des vigilances est organisée en lien avec le comité qualité risques. La prévention des infections associées aux soins et l'infectiovigilance sont coordonnées par le pilote membre de l'unité appelée UPRIAS. La démarche d'EPP est animée par le comité qualité risques en appui du PAQSS. Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck participe au réseau santé qualité risques des Hauts de France permettant l'organisation d'audits croisés et le partage d'expériences. Un dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est en place pour le signalement, l'analyse et le suivi. Une charte d'incitation à la déclaration a été élaborée pour favoriser le signalement. Plusieurs procédures de signalement des EI sont formalisées. La procédure de signalement et d'analyse des EI graves est établie et en cours de mise à jour. Le système de gestion des EI repose sur plusieurs outils présents sur le portail qualité accessible à tous : une gestion informatique avec plusieurs entrées possibles, soit via les fiches d'EI, soit via les fiches de vigilances réglementaires, soit via des fiches papiers pour les erreurs médicamenteuses, les chutes ou les problèmes d'identitovigilance. La cellule qualité risques assure le suivi des événements dits autres et chaque référent assure l'analyse et le suivi pour son domaine de compétence. L'analyse des EI est organisée autour de la réalisation de RMM et du CREX pour les erreurs médicamenteuses. La procédure en cours de validation, le coordonnateur des risques reçoit les comptes rendus des RMM .A l'occasion des points qualité avec les pilotes, un état des lieux des EI peut être réalisé ainsi que lors du bilan annuel. Cependant, le dispositif de gestion des événements indésirables ne garantit qu'en partie l'analyse et le suivi de tous les événements récurrents. D'une part, il n'existe pas de procédure générale sur le signalement et la gestion et l'analyse des EI. 5 analyses approfondies des causes ont été réalisées en 2017 sur les 247 événements signalés. D'autre part, l'ensemble des EI signalés au sein de l'établissement n'est pas centralisé par la cellule qualité risques (coordination des risques), notamment les événements concernant les vigilances et les erreurs médicamenteuses qui sont directement adressés aux vigilants sans outil commun d'enregistrement, de signalement ni de hiérarchisation. Le logiciel de signalement et de suivi des EI en place permet l'exploitation statistique de certaines fiches de signalement mais pas de la totalité du fait de l'existence de fiche papier non intégré à ce dispositif. Concernant la gestion de crise, une gestion des lits des patients nécessitant une hospitalisation en cas d'afflux massif aux urgences datant de 2015 est disponible ainsi que le plan blanc pour lequel des exercices sont inscrits au PAQSS. Il est à noter qu'un document a été travaillé concernant le « plan hôpital en tension » bien que celui-ci ne soit pas intégré au système de gestion documentaire électronique ni respectant la procédure des procédures. L'établissement dispose d'une gestion électronique documentaire (GED) des documents qualité via l'intranet (portail qualité). Une procédure institutionnelle validée définit les modalités de création et de gestion des documents. La durée de vie des documents n'est pas inscrite dans la procédure des procédures mais a été paramétrée dans l'outil informatique à 2 ans, comme règle institutionnel. La gestion des plaintes et réclamations est organisée et l'évaluation de la satisfaction des usagers est prévue sur tous les types de prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Afin de mobiliser les équipes sur les actions qualité sécurité des soins, l'établissement a désigné des pilotes de thématiques pour élaborer l'identification des risques a priori, les hiérarchiser et déterminer les modalités de leur traitement. Une analyse des risques a priori a été menée sur l'ensemble des secteurs à risques investigués. Un temps dédié de coordonnateur des risques a été mis en place à hauteur de 20%. Des rencontres « point qualité » sont organisées avec les pilotes 3 fois par an. L'encadrement est en charge de la diffusion des résultats des actions qualité et des actions à mener auprès des équipes soignantes. Pour cela, le temps de transmission soignante ou l'affichage dans les salles de soins des informations sont utilisés. Toutefois, l'appropriation de la démarche qualité sécurité des soins est hétérogène dans les services. Les déclarations d'événements indésirables et leur analyse sont effectives malgré un constat partagé avec les professionnels de sous déclaration du fait notamment d'un dispositif n'incitant pas les professionnels et reposant sur différentes modalités de transmission (fiche papier ou logiciel), et ne permettant pas l'identification des événements récurrents. La gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels bien que peu utilisée comme le démontre les données de consultation suivi par la cellule qualité. Un dispositif de mise à jour est prévu.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en effectifs et en compétences sont disponibles dans les différents secteurs en fonction des objectifs fixés. Les professionnels bénéficient de formations à la démarche qualité et gestion des risques à l'occasion de l'accueil des nouveaux arrivants (en octobre et mars de chaque année) ou de la préparation à la réalisation des patients traceurs. Les pilotes des thématiques ont bénéficié d'une formation à la procédure de certification V2014. Des documents sont à la disposition des professionnels soit sur intranet : charte, règlements intérieurs, protocoles, procédures, supports d'information patient... Une partie de ces ressources documentaires est en cours d'actualisation. Les ressources matérielles sont à disposition. Chaque service est équipé de postes fixes et d'ordinateurs portables pour garantir la saisie des informations.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les signalements et alertes relatifs aux vigilances sont gérés par des référents par domaine de risques et les cadres de service. Les plaintes et réclamations des patients sont traitées avec les professionnels concernés. Les suites données sont portées à leur connaissance. La satisfaction des usagers est évaluée en lien avec la CDU. Cependant, le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel. En effet, il a été constaté la présence dans la gestion documentaire électronique de procédures datant de plus de 2 ans et ne respectant de ce fait pas la règle institutionnelle de durée de vie de 2 ans (paramétrage du logiciel). Par exemple, le manuel qualité de la stérilisation date de 2003, certaines procédures d'HAD datent de 2006, la procédure dossier patient de 2009…

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
De nombreuses évaluations sont mises en œuvre sous la forme d'audits (patients traceurs notamment), de tableaux de bord de suivi d'indicateurs, de revue de morbi-mortalité, de CREX pour les erreurs médicamenteuses, de recueil de la satisfaction des usagers. Différents bilans d'activité en lien avec la qualité et la sécurité des soins sont réalisés : bilan annuel du Projet qualité risques, rapport d'activité annuel des évènements indésirables, bilan de la CDU – comité des usagers (satisfaction du patient, plaintes, réclamations).

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
L'établissement participe annuellement à la semaine de la sécurité des patients avec la mise en place d'une chambre des erreurs tous les 2 ans, l'organisation de café ou ciné débat… D'autres outils sont déployés pour communiquer auprès des professionnels comme la lettre mensuelle « FYNHOOFT le lièvre » qui présente un sujet qualité quasiment à chaque parution. Pour évaluer la maturité du système, le CHH a innové avec la mise en place d'un outil appelé « Les inqual'ables » qui permet d'évaluation la connaissance acquise par les professionnels sur la presque totalité des thématiques (exception SI et secteurs à risques) : dans un premier temps, sont mis à disposition du personnel pendant quelques

semaines de petits quizz ludiques, puis une évaluation de la connaissance acquise est réalisé avec la publication d'un podium des meilleurs services. Un affichage des indicateurs IQSS « la qualité on l'affiche » est en place dans le hall d'accueil et dans les couloirs des services. Les données d'évaluation donnent lieu à un réajustement du PAQSS au moment du bilan annuel.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Le dispositif de gestion des événements indésirables ne garantit qu'en partie l'analyse et le suivi de tous les événements récurrents. D'une part, il n'existe pas de procédure générale sur le signalement et la gestion et l'analyse des EI. 5 analyses approfondies des causes ont été réalisées en 2017 sur les 247 événements signalés. D'autre part, l'ensemble des EI signalés au sein de l'établissement n'est pas centralisé par la cellule qualité risques (coordination des risques), notamment les événements concernant les vigilances et les erreurs médicamenteuses qui sont directement adressés aux vigilants sans outil commun d'enregistrement, de signalement ni de hiérarchisation. Le logiciel de signalement et de suivi des EI en place permet l'exploitation statistique de certaines fiches de signalement mais pas de la totalité du fait de l'existence de fiche papier non intégré à ce dispositif.	8f
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'appropriation de la démarche qualité sécurité des soins est hétérogène dans les services. Les déclarations d'événements indésirables et leur analyse sont effectives malgré un constat partagé avec les professionnels de sous déclaration du fait notamment d'un dispositif n'incitant pas les professionnels et reposant sur différentes modalités de transmission (fiche papier ou logiciel), et ne permettant pas l'identification des événements récurrents. La gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels bien que peu utilisée comme le démontre les données de consultation suivi par la cellule qualité. Un dispositif de mise à jour est prévu.	1g
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel. Il a été constaté la présence dans la gestion documentaire électronique de procédures datant de plus de 2 ans et ne respectant de ce fait pas la règle institutionnelle de durée de vie de 2 ans (paramétrage du logiciel).Par exemple, le manuel qualité de la stérilisation date de 2003, certaines procédures d'HAD datent de 2006, la procédure dossier patient de 2009…	5c

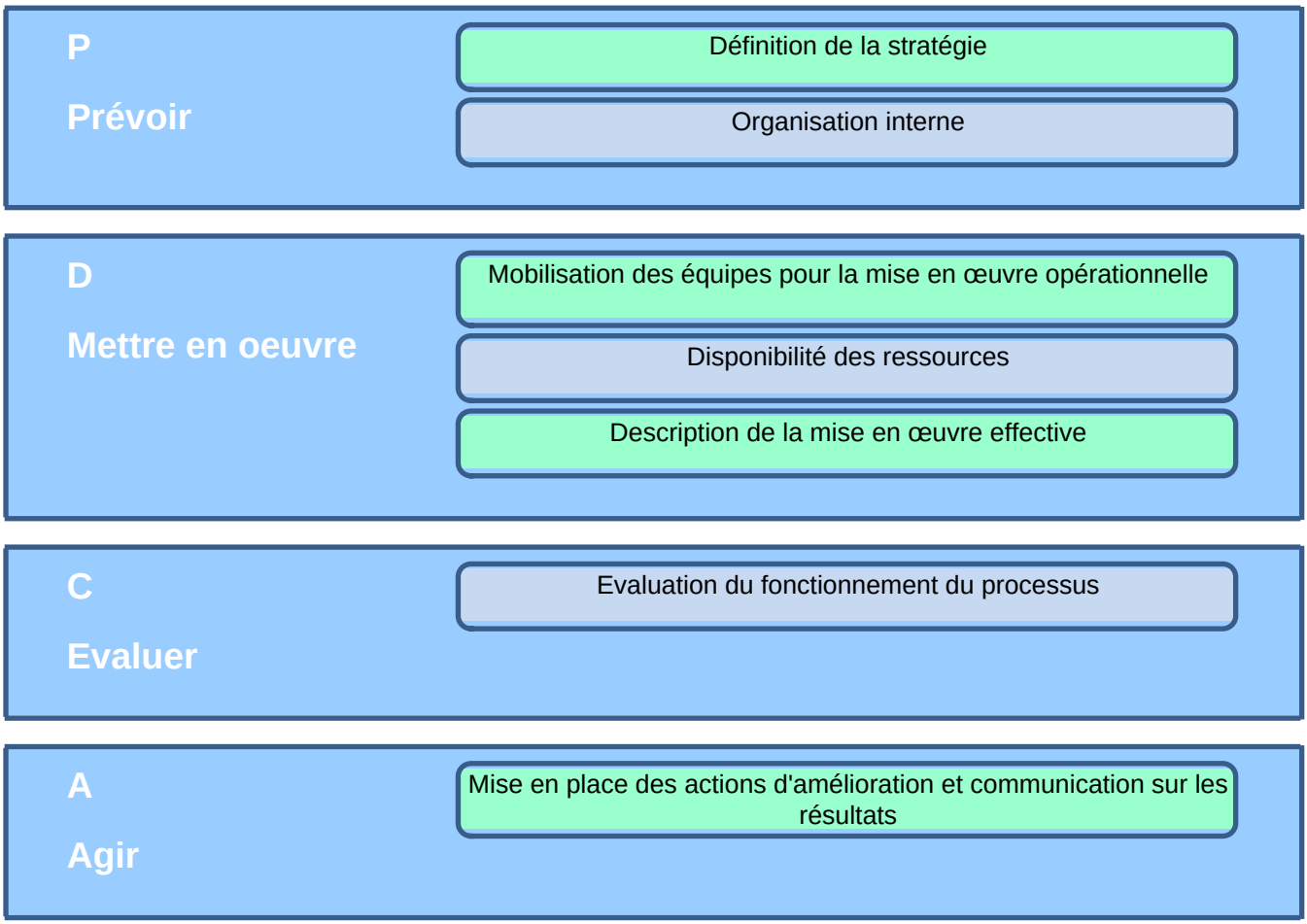
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Une politique de maîtrise du risque infectieux a été établie pour la période 2017-2020, validée en février 2018 en Commission Médicale d'Etablissement (CME). Cette stratégie est portée par la CME du CH d'Hazebrouck, avec suppression de la sous-commission du CLIN. Trois axes, dont le renforcement de la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance, ont été définis en lien avec les priorités nationales. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le Compte Qualité suite à la prise en compte des directives nationales au regard de l'activité de l'établissement, des résultats d'indicateurs et d'évaluations, et d'un audit de processus réalisé en 2015. Ces risques ont été priorisés et travaillés par l'équipe de l'unité de prévention des risques infectieux associés aux soins (UPRIAS) et l'équipe Qualité Gestion des risques. Les actions d'améliorations sont colligées dans le PAQSS risque infectieux, intégré dans le PAQSS institutionnel. Le programme annuel est suivi par l'UPRIAS et validé par la CME.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du processus de gestion du risque infectieux est assuré par un praticien hygiéniste, en lien avec les autres membres de l'UPRIAS : une IADE référente Hygiène et une IDE Hygiéniste. Le praticien hygiéniste et l'IDE hygiéniste ont un temps partagé sur plusieurs établissements dont le CH d'Armentières pour tous les 2, facilitant le travail de mutualisation de documents et travaux d'évaluations. Une lettre de mission du Président de la CME et de la Directrice a été envoyée aux pilotes. Un référent antibiotique est identifié, ainsi qu'un COMAB, Commission des antibiotiques disposant d'un règlement intérieur. Ce COMAB se réunit 2 fois par an, travaillant en lien avec le COMEDIMS. L'IADE référente hygiéniste de l'UPRIAS est également identifiée comme pilote du processus bio nettoyage. La lutte contre les infections associées aux soins dispose d'un plan de formation concernant les nouveaux arrivants, réalisée 2 fois par an pour toutes les catégories de professionnels de santé, et notamment des formations sur le bio nettoyage. La gestion documentaire est organisée avec un suivi réalisé sur les protocoles à réviser et à travailler, en lien avec le service Qualité. Elle est disponible sur intranet. Les protocoles sont en adéquation avec les besoins de l'établissement. Un guide d'antibiothérapie est validé. Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins avec notamment la mise à disposition de dispositifs médicaux sécurisés. Les interfaces sont organisées avec les pharmaciens, le laboratoire, le bio médical, les agents de la logistique. Le bactériologiste du CH d'Armentières ainsi que les 2 pharmaciens font partis du COMAB. Un réseau de correspondants paramédicaux en hygiène est en place dans les services du CH d'Hazebrouck. Leurs missions sont définies. Une cellule environnement se réunit 2 fois par an réunissant notamment l'UPRIAS, les services techniques et la blanchisserie. Pour le bio nettoyage, une organisation est définie avec l'intervention d'une équipe d'ASH pour les salles de soins/chambres des patients, et d'un prestataire externe pour les bureaux/administratif. Un règlement de fonctionnement de 2017, à enregistrer dans la gestion documentaire, décrit cette organisation. Le cadre de santé responsable du bio nettoyage rencontre l'équipe d'ASH du CH, 3 réunions par an. Les membres de l'UPRIAS travaillent en collaboration avec les cadres des services. Pour l'endoscopie et le bloc, l'IADE de l'UPRIAS est la référente. Les différentes surveillances environnementales dont l'ensemble des prélèvements sont planifiées et organisées (eau, air, surfaces…). Une conduite à tenir est formalisée en cas de non conformités. Des rencontres sont planifiées entre l'UPRIAS et l'équipe Qualité Gestion des risques et un membre de l'UPRIAS participe à la commission Qualité. L'IADE référente hygiène est membre de la commission des usagers. Les différentes surveillances environnementales dont l'ensemble des prélèvements sont planifiées (validées en CLIN) et contrôlées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Le déploiement du programme d'actions qualité sécurité des soins dans tous les secteurs est assuré par l'UPRIAS en lien les cadres de santé. La sensibilisation des professionnels est assurée notamment avec le réseau de correspondants hygiène. En 2016, les correspondants hygiènes ont été formées sur 1 journée par l'UPRIAS. Quatre réunions par an sont organisées entre l'UPRIAS et les correspondants hygiène permettant de les tenir informés des actions en cours et de l'actualité avec présentation des nouvelles procédures. L'IDE hygiéniste et l'IADE interviennent au sein des unités de soins sur demande des professionnels ou suite aux alertes du laboratoire. La semaine sécurité patient est organisée tous les ans avec des animations en Hygiène ; pour 2017, plusieurs actions ont été entreprises dont des passages de l'IADE référente hygiène programmés dans les services et une enquête sur l'hygiène des mains à destination des patients et usagers réalisée par les correspondants hygiène. Des formations sont organisées en interne et portent notamment sur la prévention des transmissions croisées et le bio nettoyage. Des actions de surveillance sont planifiées dont celles BMR. Le suivi des consommations des

antibiotiques est réalisé par les pharmaciens. Les pilotes sont informés en cas de déclaration d'évènement indésirable en lien avec l'hygiène. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou d'indicateurs). Des évaluations de pratiques professionnelles sont réalisées et suivies avec le service Qualité. En 2017, un audit sur le prélèvement par ponction veineuse a été conduit.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences pour la gestion du risque infectieux sont adaptées. L'UPRIAS participe à des actions de formations régionales du CCLIN, aux journées régionales de pathologies infectieuses, et congrès en Hygiène Hospitalière afin d'actualiser leurs connaissances. Pour l'antibiothérapie, le praticien hygiéniste travaille en collaboration avec le médecin référent antibiotique, les pharmaciens et bactériologistes. Un numéro vert est diffusé également avec possibilité d'avis d'infectiologues par téléphone. Le suivi des prescriptions d'antibiotique est intégré dans l'analyse pharmaceutique. Des formations sont réalisés par l'UPRIAS comme la formation des ASH du CH au bio nettoyage ou la formation à la désinfection chirurgicale des mains au bloc opératoire. L'IADE et IDE référentes hygiène participe à la journée organisée 2 fois par an pour les nouveaux arrivants. La documentation est accessible à partir du logiciel dédié. Elle est connue des professionnels. Les protocoles sont actualisés. Les comptes rendus des COMAB sont diffusés à l'ensemble des médecins du CH. Le guide d'antibiothérapie est distribué sous format papier à l'ensemble des médecins, il est renseigné également dans le logiciel DPI. Des outils d'aide à l'observance sont diffusés concernant par exemple la chambre implantable, les cathéters, le sondage vésical… Le choix des produits pour l'entretien des locaux est réalisé avec l'UPRIAS. Un document récapitule les produits à utiliser. Les locaux déchets dans les services, incluant les DASRI, sont conformes. Les locaux du CH d'Hazebrouck sont visuellement propres. Le matériel de prévention du risque infectieux est à disposition des professionnels au sein des services. Des chariots avec le matériel nécessaire sont disponibles en cas de prescriptions de précautions complémentaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'UPRIAS est informé systématiquement des patients porteurs de BMR ou autres germes surveillés. Des pancartes plastifiées sont disponibles pour afficher devant la porte des patients concernés (avec rappel des bonnes pratiques au verso). L'IADE ou l'IDE de l'UPRIAS vérifie la mise en place des précautions complémentaires dans les services. Une traçabilité est effectuée dans le dossier patient informatisé dans la fiche « UPRIAS » (fiche de gestion du risque infectieux) avec visibilité à l'équipe soignante. Cette traçabilité comprend les préconisations et la vérification du respect des précautions complémentaires. Pour les prescriptions d'un antibiotique à dispensation contrôlée, un formulaire bloquant doit être rempli par le prescripteur (renseignements sur le terrain du patient, le site infectieux, le type d'antibiothérapie...). L'établissement par l'intermédiaire de l'UPRIAS élabore les protocoles nécessaires à la lutte contre le risque infectieux. La mise en œuvre de ces protocoles est assurée dans les différents secteurs. La surveillance de la consommation des antibiotiques est effective avec l'incidence des BMR et BHRe. Les pharmaciens peuvent suivre le taux de prescriptions d'antibiotiques réévalués, facilité avec le logiciel (réévaluation tracée et réévaluation implicite). Les correspondants hygiène ont accès aux compte-rendu des réunions. Les réunions entre le service Qualité gestion des risques et l'EOH organisés périodiquement sont tracées. Le bilan de lutte contre le risque infectieux fait l'objet d'une validation en CME et présenté en réunion avec les correspondants hygiène. L'UPRIAS est informée des quelques fiches événements indésirables en lien avec le processus avec constat que la culture du signalement doit être développée. La traçabilité de l'entretien des locaux est réalisée. Les professionnels connaissent les protocoles et sont formés lors de la mise en place d'un nouveau produit. Des réunions entre le responsable sur site de l'équipe de professionnels du prestataire externe et l'IADE référente hygiène sont bimensuelles. La procédure AES est connue. Les surveillances environnementales sont réalisées. En cas de non conformités, les mesures correctives sont mises en place. Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs (affichage, lettre mensuelle du département qualité hygiène gestion des risques, intranet…).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont organisées régulièrement afin d'évaluer le processus ainsi que le recueil des indicateurs de la lutte contre les infections associées aux soins. A titre d'exemple, une évaluation des connaissances et des pratiques en bio nettoyage a été effectuée en 2017, et un audit a été organisé sur les circuits logistiques par l'IADE référente hygiène et l'ingénieur qualité. La surveillance de consommation d'antibiotiques est réalisée par service. Des visites de risques des services sont initiées depuis 2017. Un jour donné, 10 thématiques sont évaluées dans un service afin d'avoir une vision globale de la gestion du risque infectieux et du respect des procédures. Deux services ont été audités à ce jour avec retour le jour même puis affichage des résultats, en poster par service. Un bilan annuel de la gestion du risque infectieux émanant de l'UPRIAS est établi. Il est présenté en CME (une CME de 2017 avec à l'ordre du jour le suivi des actions du processus de gestion du risque infectieux et résultats d'indicateurs).

Les résultats des évaluations sont exploités pour identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Le programme de lutte contre les infections associées aux soins fait l'objet d'une révision annuelle en fonction des résultats obtenus. L'UPRIAS pilote la réalisation de ces actions comme dernièrement la mise en place d'une fiche de liaison en cas de transfert patient avec renseignement infectieux et recommandations du type de précautions complémentaires. Les résultats d'évaluations et les actions mises en œuvre sont portés à la connaissance de la CME, du COMAB, de la CSIRMT et des professionnels par l'intermédiaire de l'équipe UPRIAS, des correspondants hygiène, d'information Qualité institutionnelle et d'affichages. Un membre de l'UPRIAS participe aux réunions de la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

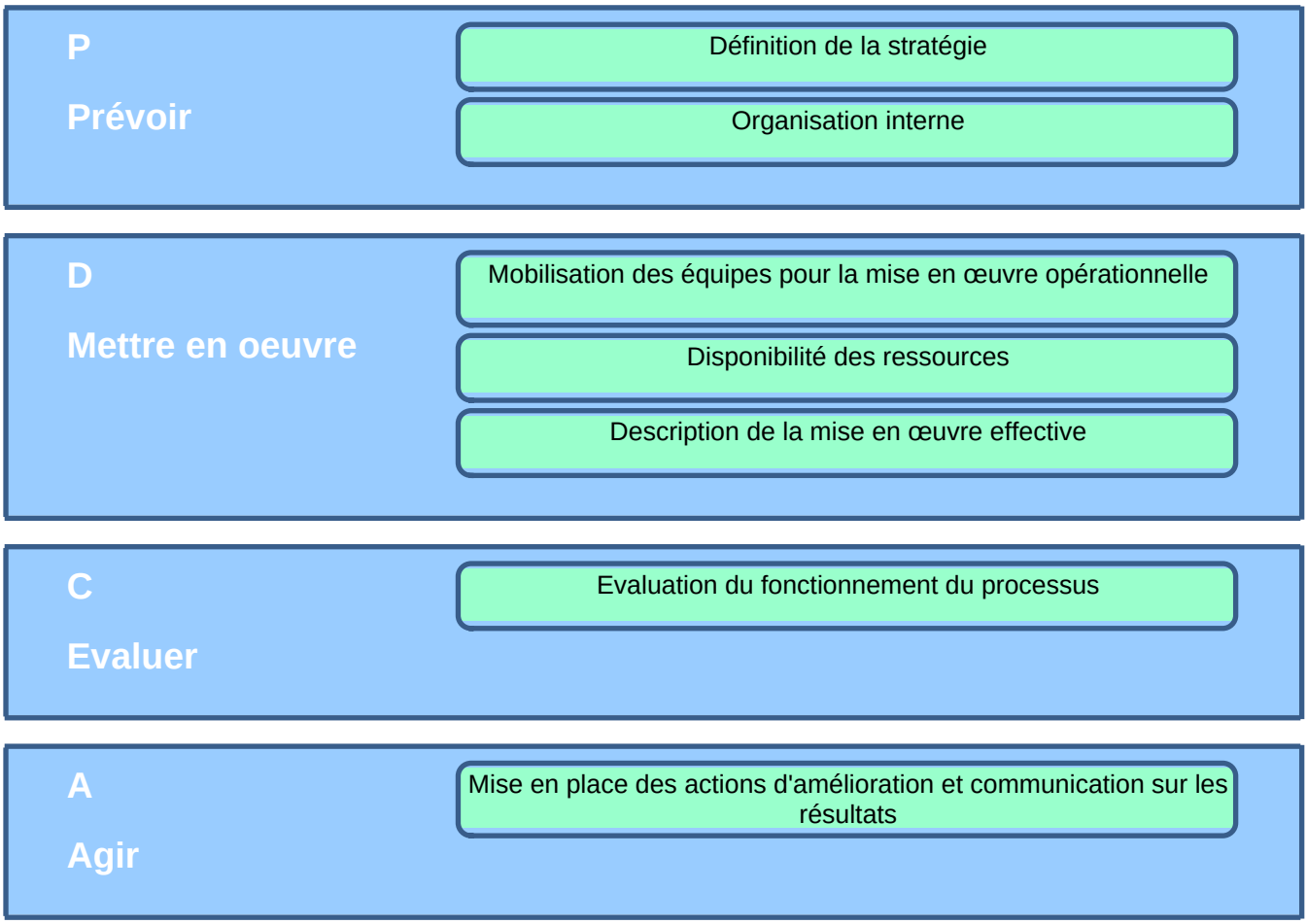
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a inscrit dans son projet d'établissement 2013-2017 la volonté de développer la bientraitance. Les actions visent à développer la structuration d'un projet collectif de prise en charge, respectueux des droits, bientraitant, rendant le patient et son entourage acteurs du projet personnalisé de soins. La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration dont les risques majeurs, au nombre de 9 sont intégrés dans le compte qualité. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi. Il est présenté annuellement aux instances dont la Commission des usagers (CDU). La CDU, dont la Présidence est confiée à un représentant des usagers, est engagée dans un partenariat avec les professionnels. Les missions de la CDU sont favorisées notamment pour tout ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information des usagers et la reconnaissance de leurs droits. Les risques sont identifiés. Ces analyses s'appuient sur des sources de données, des résultats d'évaluation et des indicateurs variés, incluant notamment les résultats d'audits d'IQSS et les réclamations.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage est défini dans une lettre de mission signée par le Président de la commission médicale d'établissement et la directrice de l'établissement. Les pilotes de la thématique ont en charge le suivi et l'atteinte des objectifs visés par la politique de bientraitance et de mise en œuvre des droits des patients. Un espace éthique est constitué pour répondre aux questions des professionnels en partenariat avec l'institut catholique de Lille. Des actions de formation ciblées sur les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation des nouveaux arrivants qui ont lieu 2 fois par an. Les modalités d'exploitation des réclamations des patients sont prévues au sein des secteurs d'activité. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CDU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers. Des supports d'information pour les patients sont élaborés : livret d'accueil général, livrets d'accueil spécifiques pour certaines unités, passeport ambulatoire pour l'unité de chirurgie ambulatoire. Le livret d'accueil a été actualisé pour intégrer la désignation de la personne de confiance et des directives anticipées. Des affiches sont disponibles dans le hall principal de l'établissement ainsi que dans les couloirs des services pour informer de la composition de la CDU et de ses missions. Un guide de la bientraitance a été élaboré et diffusé dans l'établissement. Une organisation est définie pour le signalement des cas de maltraitance. Une procédure est réalisée pour garantir l'information du patient en cas de dommage liés aux soins. Une réflexion est actuellement engagée sur la prise en compte du refus de soins dans l'établissement. Des actions de formation autour de la bientraitance sont prévues comme celle relative au « toucher massage ». Le recours à la contention fait l'objet d'une procédure qui rappelle le cadre d'exercice de cette mesure. L'établissement assure la mobilisation et la coordination des compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients en créant des interfaces avec les associations de bénévoles (blouses roses, le trèfle… . La CDU peut se saisit de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, peut faire des propositions et est informée des suites données.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients. L'engagement dans la démarche de labellisation du service de gynécologie obstétrique IHAB (hôpital ami des bébés) permet de valoriser le travail réalisé par les équipes au sein de leur service autour de cette approche bientraitante. Des référents éthiques sont identifiés dans l'établissement. Une réflexion est engagée dans l'établissement pour sensibiliser les professionnels au bénéfice/risque des mesures de contentions.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les moyens humains sont adaptés et des formations aux droits des patients sont organisées notamment lors des sessions pour les nouveaux arrivants. Il existe de nombreuses chambres individuelles permettant d'offrir de l'intimité aux patients. Les chambres à deux lits bénéficient de rideaux et les soignants sont sensibilisés à prodiguer des soins dans le respect de l'intimité. Des locaux sont mis à disposition des familles (en SSR notamment avec une salle famille pour accueillir les proches des patients en soins palliatifs).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les patients traceurs et la rencontre avec les représentants d'usagers confirment l'engagement des professionnels dans la mise en œuvre du respect des droits des usagers portant notamment sur le respect de la confidentialité, de la dignité. Les Patients traceurs ont également permis d'apprécier la participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins comme le contrat de soins en addictologie. Les professionnels mettent en œuvre le soulagement de la douleur ; la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée. Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil. Le recueil de la personne de confiance est un axe d'amélioration, constaté lors des patients traceurs et inscrit dans le compte qualité de l'établissement. Les équipes se mobilisent pour les semaines de la sécurité des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
La qualité et l'efficacité relative aux droits des patients sont évaluées à périodicité définie. Cette évaluation est basée sur les plaintes et réclamations, sur les enquêtes de satisfaction des patients et sur indicateurs nationaux/locaux. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé, au minimum, une fois par an au sein des différentes instances de l'établissement Un tableau de bord semestriel est communiqué aux membres de la CDU.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
La politique de mise en œuvre des droits des patients est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et est présentée en CDU. Sur les 9 risques identifiés au compte qualité, tous sont en cours lors de la visite.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

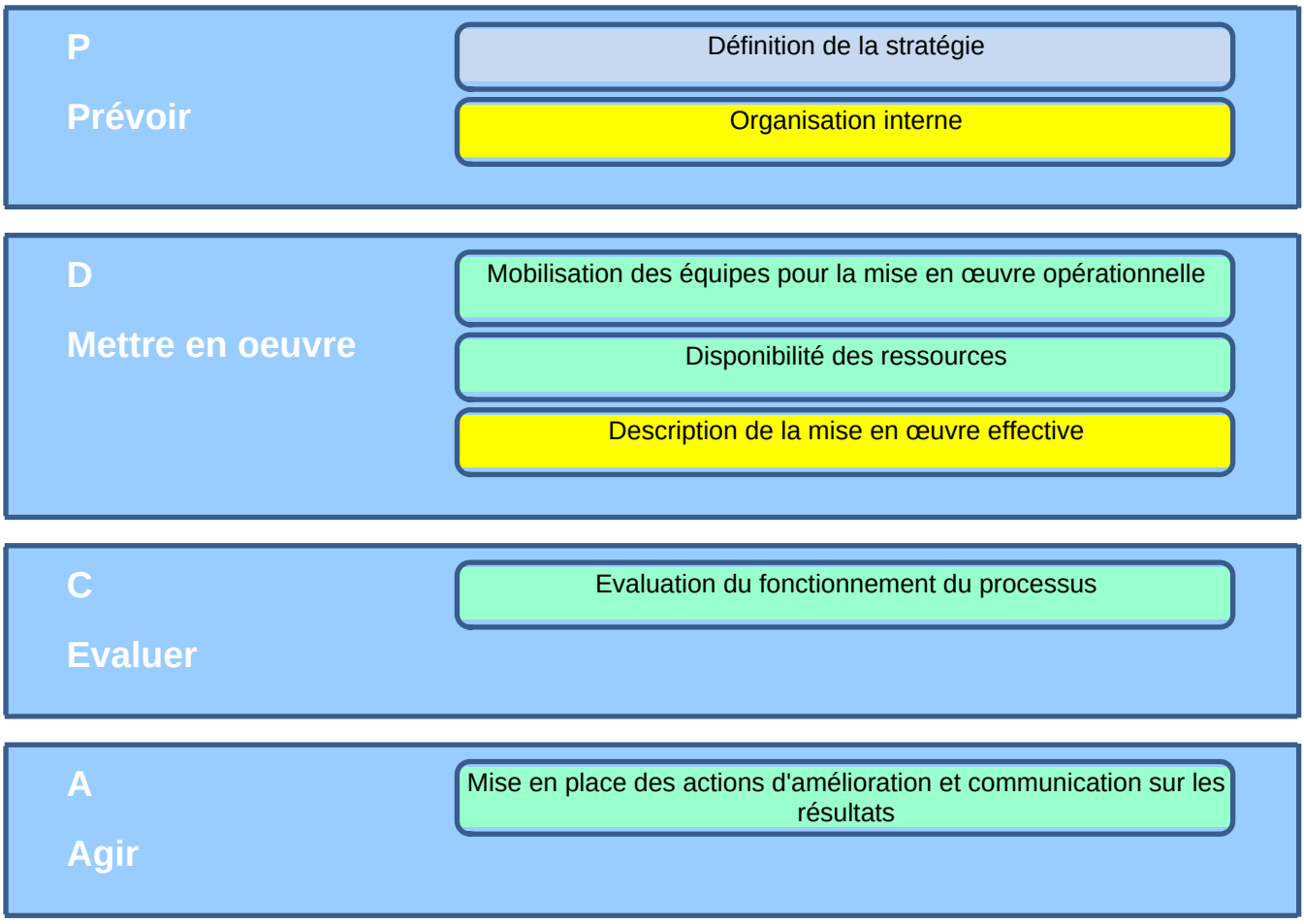
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficience des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le Projet Médical et de Soins partagé (PMSP) 2018-2022 est en cours de rédaction. Ce projet réalisé en concertation avec plusieurs corps professionnels, s'intègre avec le PMSP du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure validé en juillet 2017 et le projet régional de santé (PRS) en complémentarité avec les autres acteurs de santé. Le CPOM 2012-2017 a été prorogé jusqu'au 31/12/2018 et le nouveau PRS entrera en vigueur au cours de l'année 2018. Depuis avril 2017 quatre pôles d'activité ont été créés avec la nomination des chefs de pôle et des assistants de pôle. Le PMSP 2018-2022 à venir souhaite à ce titre pérenniser l'offre de soins existant dans l'établissement et s'orienter vers de nouveaux partenariats et prises en charge qui correspondent aux besoins à la fois de la population mais également du territoire : notamment en développant les offres de soins orientées vers la chirurgie ambulatoire, les consultations avancées, la médecine polyvalente et les soins palliatifs. Enfin, l'établissement souhaite, en tant que pôle de santé pluridisciplinaire, poursuivre son intégration au sein du GHT, des réseaux médicaux du secteur dont les thématiques le concernent et avec les autres structures avoisinantes du territoire en respectant par ailleurs la qualité et la sécurité des soins. Un axe qualité est de favoriser les relations professionnelles avec les structures d'amont et d'aval et le milieu libéral. Une cartographie des risques a priori des différents parcours du patient a été élaborée de manière participative. Les risques ont été identifiés et hiérarchisés en s'appuyant également sur la base de différentes données. Les plans d'actions ont été intégrés dans le PAQSS, présentés aux instances. Le Compte Qualité a été renseigné en lien avec la cellule qualité et gestion des risques. L'établissement permet une prise en charge MCO articulée avec l'établissement support du GHT. La prise en charge des personnes démunies s'appuie sur une PASS installée au sein des urgences adultes depuis 2000. Elle peut être sollicitée pour tout patient nécessitant des soins sans couverture sociale. L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser la continuité et l'accès aux soins. Ainsi le centre hospitalier participe à différentes fédérations et réseaux qui ont pour but de faciliter les liens entre tous les acteurs qui s'occupent du patient. Les pilotes ont identifié les risques en partant des situations de prise en charge et des patients traceurs réalisés ce qui a permis d'alimenter le compte qualité et de dégager des priorités qui donnent lieu à un programme d'actions sur l'ensemble du parcours. Le plan d'actions est validé par le comité stratégique qualité. Il est intégré dans le PAQSS avec pilotes, échéancier, indicateurs et état d'avancement.

ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus en identifiant des parcours principaux. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge et avec les partenaires extérieurs. Une remise de documents papiers aux patients est organisée permettant la continuité des soins avec les médecins traitants et les professionnels paramédicaux libéraux. Une messagerie sécurisée peut être installée pour l'échange d'information mais peu de médecins libéraux y ont accès. Le Président de la CME et la Directrice ont initié des rencontres avec les médecins libéraux afin d'identifier les axes d'amélioration. Un plan de formation institutionnel est proposé aux agents et il intègre la formation à l'éducation thérapeutique du patient. La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie et disponible sur la gestion documentaire. Elle consiste notamment en l'appel d'un médecin urgentiste pour toute urgence vitale sur le site du centre hospitalier. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés lors des visites pluridisciplinaires. En cas de prise en charge nutritionnelle, une mention est tracée dans le dossier patient papier (DPP) et dans le dossier patient informatique (DPI). La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient. Une dynamique est mise en place pour la diminution de la DMS et de l'incitation à la prise en soins ambulatoire et par l'HAD. Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisée entre secteurs de soins de suite et de réadaptation et les services de courts séjours. Des professionnels sont inclus dans le dispositif PRADO et les liens avec l'HAD sont renforcés. Les mesures à mettre en œuvre en cas d'identification de patients présentant un risque suicidaire sont définies. Dans les cas d'identification d'un risque suicidaire, les modalités de prise en charge sont définies sur un mode institutionnel en lien avec un psychiatre qui peut se déplacer cinq fois par semaine au sein des urgences. L'offre de programme d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé est identifiée. Trois programmes d'éducation thérapeutiques sont mobilisés au sein du CH d'Hazebrouck dont un en HAD. Le logiciel "trajectoire" est utilisé. Suite à son analyse de risque, le centre hospitalier a conforté son action pour optimiser la prise en charge des patients en lien avec une identification et une prise en charge d'un risque de troubles de la dénutrition. Les diététiciennes sont notamment impliquées dans cette démarche qui a été constatée à l'occasion de plusieurs patients traceurs. Des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Un suivi est réalisé par la DRH. L'intégration des nouveaux arrivants

médicaux est organisée. Une journée d'accueil est proposée 2 fois/an aux nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux. Il existe une COPS qui contribue à l'organisation de la permanence médicale. Les sages-femmes réalisent le suivi post opératoire en gynécologie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité a connaissance des objectifs de la politique et des actions d'amélioration. Il communique auprès des équipes afin d'impulser la démarche d'amélioration en identifiant pour chaque secteur ses propres besoins et ses propres risques dans le cadre de la cartographie réalisée et priorisée. Il décline les objectifs attendus et en particulier la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins, la qualité du fonctionnement et la concertation entre professionnels soignants. Il s'assure également de la conformité des pratiques au regard des dispositions déjà mises en place ou en cours. Les professionnels déclarent des évènements indésirables via un logiciel de déclaration. Ils sont informés des suites données. Certains professionnels sont sollicités pour participer à des instances, des groupes de travail (afin de s'assurer de la satisfaction des usagers en lien avec leur parcours de soins) ou à des EPP voire des REX. Le suivi des indicateurs, des résultats d'audits permettent à l'encadrement de s'assurer de l'application des protocoles et de leur appropriation par les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations) sont adaptées aux besoins et aux risques de l'établissement. Des recrutements ont permis l'adéquation quantitative et qualitative des compétences : en nombre de professionnels dans les secteurs en journée et la nuit.
Des dispositions sont prises pour assurer la continuité des soins dans les cas ou les effectifs sont insuffisants. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement (personnes ressources en cardiologie, pédiatrie, urgentistes ...) ou à l'extérieur de l'établissement dans les structures avoisinantes. Par ailleurs les professionnels bénéficient de formations externes et internes au regard de la spécificité des prises en charge, des actes ou du développement de nouvelles activité (prise en charge de la douleur, de la fin de vie ....). Le suivi de la formation aux gestes d'urgence vitale est structuré. Des protocoles et procédures validés et actualisés sont accessibles aux professionnels via la GED dont les modalités d'accès sont connues des professionnels rencontrés qui peuvent participer à leur élaboration. Les locaux, le matériel et les équipements sont adaptés aux différentes activités ou filières de soins. Un matériel d'urgence vitale est disponible et sécurisé dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'établissement a organisé la permanence des soins 24h/24, 7j/7 par la mise en place d'un système d'astreintes médicales (nuit et week-end) assurées par des médecins de la structure ou sur la base de conventions de mise à disposition. Une organisation de pré admission par service étudie de façon pluridisciplinaire toutes les demandes via le logiciel Trajectoire. Le projet de soins personnalisé est initié et réajusté au cours du séjour. Lors de l'arrivée du patient, son identité est contrôlée lors du passage au bureau des entrées. L'accueil est le plus souvent réalisé par une infirmière assistée d'une aide soignante qui informent le patient (ou son entourage en cas de difficultés cognitives) de son séjour, qui réalisent son évaluation initiale et posent le bracelet d'identification (si celui-ci peut être posé aux urgences), en lui remettant le livret d'accueil. Ensuite, le médecin et les personnels paramédicaux réalisent leurs évaluations initiales dans un délai de 24 heures. Elles sont tracées pour les médecins dans le dossier informatisé et pour les PNM dans le dossier de soins papier sauf dans l'unité pilote (chirurgie) en cours de déploiement du DPI. Le patient est informé de son projet de soins personnalisé et si nécessaire de son programme de rééducation. La réflexion bénéfice/risque est prise en compte. La réévaluation du projet de soins est régulière et pluridisciplinaire en médecine, en SSR et en HAD en concertation avec le médecin, les paramédicaux, les rééducateurs et l'assistante sociale lors de staffs journaliers ou hebdomadaires complétant les visites des médecins et le suivi rééducatif. Une information thérapeutique et éducative est réalisée auprès des patients. Il existe des démarche d'ETP validée par l'ARS. L'observation médicale initiale et les synthèses hebdomadaires dans le dossier sont tracées. Par ailleurs, la traçabilité des activités réalisées par l'ensemble des professionnels est le plus souvent assurée sous la forme de transmissions ciblées dont la forme est en partie conforme à la méthode. Les modalités de réalisation des prélèvements biologiques et des examens d'imagerie sont respectées et opérationnelles y compris en urgence. La prise en charge de l'urgence vitale est organisée. Des chariots d'urgence sont positionnés dans les salles de soins des différents secteurs d'hospitalisation. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est effectif au moyen de sensibilisation par les diététiciennes. Elles peuvent contribuer à réaliser un bilan à l'entrée du patient puis le prendre en charge durant toute son hospitalisation. Le suivi de la traçabilité du poids est effectif. Le risque suicidaire est évalué à l'admission et prise en compte. La présence d'un psychologue sur l'établissement permet d'évaluer et de suivre le statut psychologique du patient et si nécessaire, une consultation avec un psychiatre est organisée. La prise en charge de la douleur est assurée et suivie et le risque d'escarres

évalué par l'utilisation d'échelles de risques. Les indicateurs IQSS confirment ces pratiques. Concernant la fin de vie, la gestion des soins palliatifs est largement prise en compte dans l'établissement et un comité d'éthique existe. Les dommages liés aux soins sont connus et la conduite à tenir et respectée par les professionnels. Cependant, le respect des libertés individuelles dans certaines situations n'est pas systématique. En effet, il a pu être constaté que des mesures restrictives de liberté (liens, barrières de lit, etc.) étaient mises en place sans réévaluation malgré la prescription médicale, par exemple dans le service en SSR. Dans le service de médecine, les experts-visiteurs ont constaté une mesure de contention sans prescription médicale. En HAD, la prescription ne précisait pas les modalités, la durée et le suivi. Ces écarts ont pu être constatés à l'occasion des patients traceurs. Le comité d'éthique interne est pluridisciplinaire et pluri-professionnel. Des référents "Ethique" sont identifiés dans chaque unité et font le relais entre le comité et le terrain. Ce comité a donné la contention comme axe de travail annuel 2018 dès 2017. Ce risque a été identifié et fait l'objet de la participation de l'établissement, dès 2016, à l'enquête interrégionale sur les pratiques de contention. L'enquête est réalisée sous forme d'auto-évaluation par les soignants ; elle a permis une sensibilisation de ces derniers : 60% des personnels y ont répondu. En 2017, les axes d'amélioration ont été intégrés au Compte Qualité / PAQSS et un groupe de travail a été constitué pour améliorer les pratiques (actualisation de la procédure, prescriptions de contention informatisées, achat de matériels...). La sortie des patients est planifiée en associant l'entourage et son organisation régulièrement abordée lors des staffs hebdomadaires. Les professionnels d'aval sont intégrés dans le projet de sortie. L'indicateur DEC (délai d'envoi du courrier d'hospitalisation) confirme le niveau de la transmission des données du patient pour assurer la continuité de sa prise en charge à sa sortie (soit retour à domicile le plus souvent, soit transfert vers une structure d'aval). Toutefois, les informations à la sortie ne sont pas toujours communiquée en temps utiles. En effet, les patientes sortantes du service de gynécologie chirurgicale bénéficient le plus souvent d'une lettre de sortie sans ordonnance qui les contraints à devoir consulter au plus vite leur médecin traitant. Le service d'HAD propose des opportunités fréquemment sollicitées. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles entre autres entre les services de soins, les plateaux techniques et le secteur administratif. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Des évaluations sont organisées sur le processus "Parcours du Patient". Elles reposent sur le questionnaire de sortie (avec des items détaillés concernant sa prise en charge), sur le recueil et l'analyse des plaintes et réclamations, sur l'analyse des événements indésirables et sur les indicateurs externes ou internes, issus d'audits annuels ou semestriels, parfois ciblés sur des activités ou des actes spécifiques. Des formations internes permettent de sensibiliser les professionnels et de tester l'évolution de leurs connaissances. L'établissement a par ailleurs mis en place plusieurs démarches d'EPP sur l'établissement dont plusieurs ont spécifiquement trait au parcours du patient.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de ce processus. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels par l'intermédiaire de divers outils : réunions de service, affichage, portail qualité, réunions des instances, communication en CDU… L'établissement a amélioré ses contacts avec les établissement d'amont et d'aval et avec les filières de soins de ville, en particulier en améliorant les contacts entre médecins. La prise en charge de la fin de vie est dans une importante dynamique d'amélioration avec mis en place d'outils pour que les professionnels puissent s'impliquer pleinement dans ce travail. Une équipe mobile douleur et soins palliatifs a été intégrée à l'ensemble de ce dispositif en cas de besoin. La prise en charge du patient est le plus souvent parfaitement adaptée à la demande et une pluridisciplinarité assure une cohésion du projet éducatif et thérapeutique, concerté et contractualisé avec le patient.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Les ressources en effectifs et en compétences ne sont pas toutes prévues. Les sages-femmes pratiques des soins infirmiers pour les lesquels elles ne sont ni autorisées et ni formées. Dans le service de gynécologie, il s'agit de soins infirmiers pour lesquels elles ne sont pas formés : chambre implantable, pansements complexes, etc. En effet, il n'y a qu'un ETP IDE en obstétrique/gynécologie. Une grande partie des SF ont été diplômées après 2011 sans avoir l'autorisation de pratiquer ces soins infirmiers.	18a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les informations à la sortie ne sont pas toujours communiquée en temps utiles. Les patientes sortantes du service de gynécologie chirurgicale bénéficient le plus souvent d'une lettre de sortie sans ordonnance qui les contraints à devoir consulter au plus vite leur médecin traitant.	18a
	NC	Le respect des libertés individuelles n'est pas systématique. Il a pu être constaté que des mesures restrictives de liberté (liens, barrières de lit, etc.) étaient mises en place sans réévaluation malgré la prescription médicale, par exemple dans le service en SSR. Dans le service de médecine, les experts-visiteurs ont constaté une mesure de contention sans prescription médicale. En HAD, la prescription ne précisait pas les modalités (barrières, voire plus exceptionnellement le maintien de poignets), la durée et le suivi. Ces écarts ont pu être constatés à l'occasion des patients traceurs.	10e

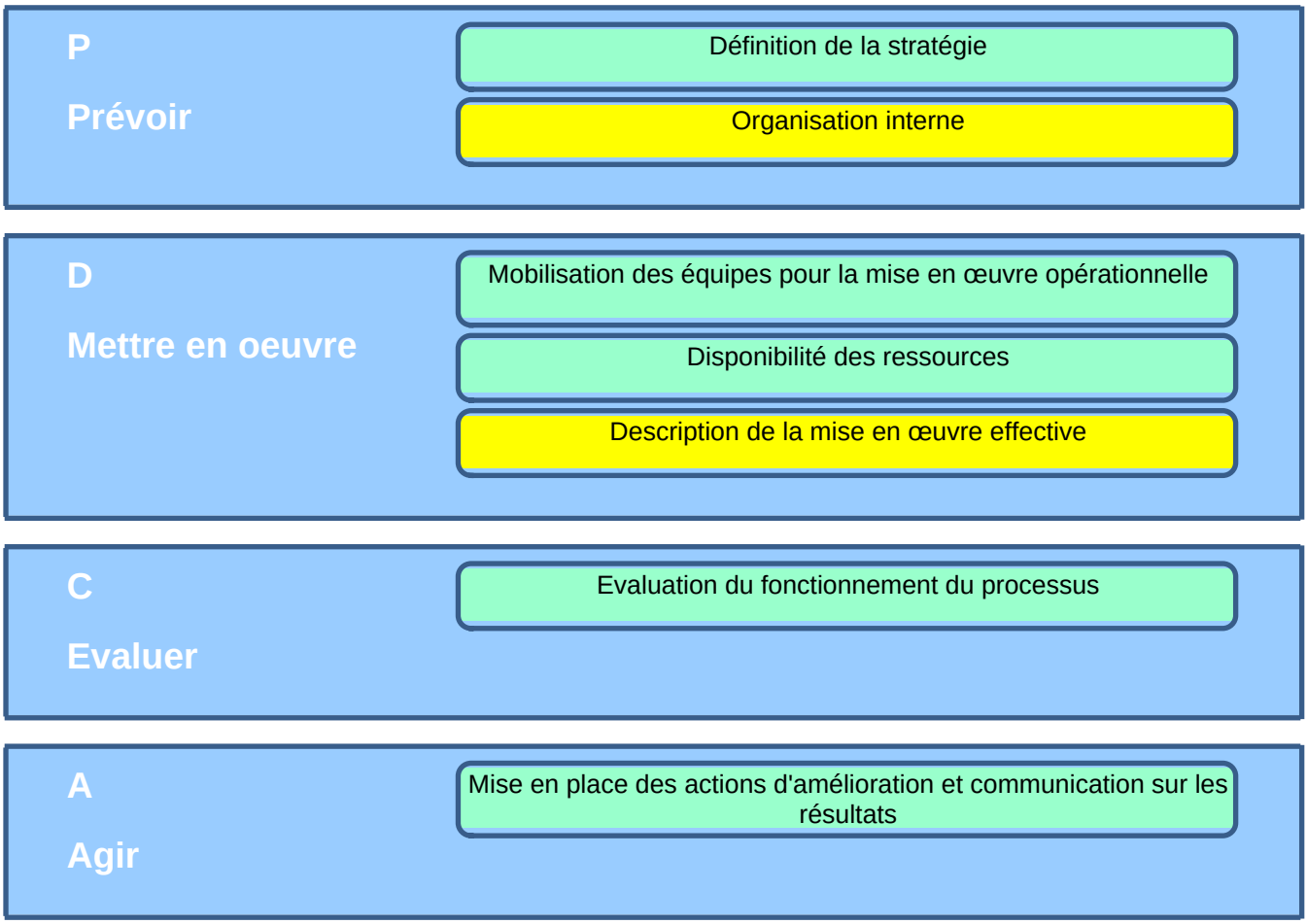
DOSSIER PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Une politique du dossier patient, datant de 2009, est formalisée. Cependant, la politique n'a pas été actualisée dans le cadre des objectifs du projet d'établissement 2013-2017. En effet, depuis, le projet d'établissement 2013-2017 et notamment le schéma directeur des systèmes d'information a inscrit comme objectif prioritaire le développement du DPI (dossier patient informatisé) ; la politique de 2009 ne reprend pas cet objectif prioritaire. L'établissement a engagé la révision de sa politique du dossier patient qui est en cours de validation. La stratégie du dossier patient prend en compte les résultats des IQSS, des indicateurs internes, des indicateurs Hôpital Numérique, et les textes réglementaires. Le compte qualité a été réalisé à partir d'une hiérarchisation des risques permettant d'identifier 9 priorités, assorties de plans d'actions portant notamment sur la formalisation ou mise à jour de procédures ou outils, l'organisation des secrétariats, la structuration du pilotage de la démarche et la sensibilisation des professionnels aux règles de tenue du dossier patient. Un responsable est prévu par action ainsi qu'un échéancier de réalisation et dans la plupart des cas des modalités de suivi.
ORGANISATION INTERNE
En 2015, deux pilotes ont été désignés pour coordonner la thématique dossier patient. En parallèle, un comité de pilotage de l'informatisation du dossier patient est en place. L'informatisation est engagée. Actuellement, une partie des services et une partie des dossiers sont informatisés ; il coexiste des supports papiers et informatiques. Le déploiement du DPI institutionnel qui comporte un volet médical, un volet soignant et un volet prescription médicamenteuse, est en cours avec une échéance à juin 2018. En HAD, un dossier patient informatisé, autre que le DPI institutionnel, a été déployé avec maintien du dossier papier au domicile et utilisation du serveur historique du dossier patient informatisé pour permettre l'accès aux compte rendu d'hospitalisation aux autres services de l'établissement. Les modalités d'informatisation de certains secteurs comme les blocs opératoires et l'anesthésie ou d'intégration des documents externes ne sont pas encore arrêtées. Il est donc nécessaire de réaliser des impressions papier pour assurer la traçabilité des soins et leur continuité. Les ressources matérielles nécessaires sont prévues pour le dossier informatisé et la partie papier du dossier en place. Des procédures dégradées sont prévues en cas d'arrêt des différents logiciels ainsi qu'un plan de reprise d'activité. Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées sur la gestion documentaire électronique. Toutefois, les règles de tenue et d'accès au dossier ne sont que partielles. En effet, elles n'intègrent pas les évolutions du dossier notamment l'informatisation des dernières années. Par ailleurs, les habilitations données aux professionnels pour accéder au dossier patient ne sont pas formalisées dans un document opposable et accessible à tous. Enfin, les droits ouverts pour l'accès au serveur, existant avant l'installation du DPI (stockage de comptes rendu de consultation, d'hospitalisation par ordre alphabétique), ne sont pas intégrés aux décisions de la CME. L'accès au dossier par les professionnels est prévu avec la possibilité de consulter les documents via le DPI, ou lorsque les données sont en format papier, en faisant une demande de dossier aux archives. Les droits d'accès des professionnels ont été décidés en CME. Les règles de stockage des dossiers médicaux dans les services de soins et/ou aux archives sont établies avec un archivage central au rez de chaussée bas. Les règles relatives à la destruction des dossiers patients sont définies et en cours de mise à jour. Les besoins en ressources humaines et formation, y compris la formation/sensibilisation des nouveaux arrivants médecins ou paramédicaux, sont prévus. La communication avec les correspondants externes repose sur le courrier de fin d'hospitalisation remis au patient à sa sortie. L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure « communication des dossiers médicaux » date de mai 2011. Ce point a été identifié par l'établissement dans son compte qualité afin de réaliser sa mise en jour pour juin 2018.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
A l'occasion du déploiement du DPI, des formations sont organisées dans les services pour former l'ensemble du personnel concerné. Le responsable des assistantes médico-administrative et le médecin DIM encadre l'activité des archives et veillent au respect des bonnes pratiques ainsi qu'à la continuité de l'accès au dossier papier. A l'occasion du déploiement du DPI, des formations sont organisées dans les services pour former l'ensemble du personnel concerné. Le responsable des assistantes médico-administrative et le médecin DIM encadre l'activité des archives et veillent au respect des bonnes pratiques ainsi qu'à la continuité de l'accès au dossier papier.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Des formations sont organisées à l'occasion du développement de nouvelles fonctionnalités ou à la

demande, notamment pour les nouveaux professionnels médicaux et non médicaux. L'accompagnement du nouvel arrivant intègre un temps de formation aux outils informatiques du dossier patient. Des équipements informatiques sont déployés dans toutes les unités de soins, sur des chariots mobiles ou dans les postes de soins ou bureaux médicaux. Un logiciel de gestion des archives permet la traçabilité des mouvements des dossiers médicaux dans les sites d'archives médicales. Les protocoles, procédures et formulaires sont disponibles sur la GED ou en format papier.
Les locaux d'archivage sont sécurisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation et mettent en œuvre les procédures établies pour la gestion du dossier patient. Les circuits sont respectés. Durant l'hospitalisation du patient ou lors de ses venues en consultation, à l'exception du service de chirurgie qui est le plus avancé dans l'informatisation, les dossiers médicaux papier ou paramédicaux sont conservés au niveau des salles de soins ou postes médicaux dans des chariots dédiés, dans des classeurs plastifiés (un pour le dossier médical, un pour le dossier infirmier et un pour le dossier aide-soignant). Les règles de confidentialité des informations sont respectées. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est effectuée en temps utile dans le dossier du patient. Lors de l'admission d'un patient, les informations transmises par les correspondants extérieurs sont stockées en format papier dans le dossier. Lors de la sortie, dans la plupart des services, les professionnels rédigent et transmettent des documents pour assurer la continuité de sa prise en charge auprès des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. La gestion de l'archivage du dossier est réalisée par les secrétariats. Cependant, la communication avec les professionnels impliqués dans la prise en charge, correspondants externes et internes, n'est pas systématiquement réalisée en temps utile. En effet, d'une part, lors de la sortie du patient, le délai de rédaction de la lettre de liaison est au dernier recueil réalisé dans l'établissement en mars 2017 supérieur à 8 jours dans près de 40% des dossiers audités. Par ailleurs, l'archivage du dossier patient unique en format papier était partiel. En effet, d'une part les dossiers du service de diabétologie sont stockés pendant plus d'un an dans un local fermé au 1er étage sans que cela ne soit prévu dans la procédure. D'autre part, les dossiers transfusionnels sont archivés aux urgences dans le local dépôt de sang et les dossiers des passages aux urgences ne sont pas intégrés au dossier du patient. Cela ne permet pas la constitution d'un dossier patient unique aux archives. Enfin, les IDE et AS utilisent des aides-mémoires papier pour transmettre des informations concernant le patient sans recourir le plus souvent au dossier du patient. Les modalités de réalisation d'aides mémoires lors des transmissions orales ne sont ni régulées ni anonymisés. Le patient est informé de ses droits d'accès au dossier ainsi que des pièces qui pourront lui être communiquées via le livret d'accueil. Les demandes sont toutes examinées par la direction qui en vérifient la conformité avant transmission aux secrétariats médicaux concernés afin que la copie des dossiers soit effectuée et envoyée. Les délais des réponses sont tracés et suivis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sur le processus dossier patient sont réalisées par l'établissement à travers le recueil des indicateurs IQSS et Hôpital Numérique mais également des audits internes réguliers (audit dossier patient en chirurgie ambulatoire, audit dossier 2017). Les audits patient traceur contribuent à l'évaluation de la tenue et du circuit du dossier. Le délai de transmission est suivi par la commission des usagers (CDU) et est en 2017 de 10,8 jours.

A / AGIR

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

La mise en œuvre des actions d'amélioration est organisée par les pilotes du processus. Elles sont intégrées au sein du PAQSS et pour certaines au compte qualité (9/29). Sur les 9 actions identifiées dans le compte qualité, 7 sont en cours et 2 finalisées au jour de la visite.
Les représentants des usagers sont informés dans le cadre de la CDU et du comité qualité risques auquel ils peuvent participer.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique n'a pas été actualisée dans le cadre des objectifs du projet d'établissement 2013-2017. Le projet d'établissement 2013-2017 et notamment le schéma directeur des systèmes d'information a inscrit comme objectif prioritaire le développement du DPI (dossier patient informatisé) ; la politique de 2009 ne reprend pas cet objectif prioritaire. L'établissement a engagé la révision de sa politique du dossier patient qui est en cours de validation.	14a
P / Organisation interne	NC	Les règles de tenue du dossier ne sont que partielles. Elles n'intègrent pas les évolutions du dossier notamment l'informatisation des dernières années. Par ailleurs, les habilitations données aux professionnels pour accéder au dossier patient ne sont pas formalisées dans un document opposable et accessible à tous. Enfin, les droits ouverts pour l'accès au serveur, existant avant l'installation du DPI (stockage de comptes rendu de consultation, d'hospitalisation par ordre alphabétique), ne sont pas intégrés aux décisions de la CME.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La communication avec les professionnels impliqués dans la prise en charge (correspondants externes et internes) n'est pas systématiquement réalisée en temps utile. D'une part, lors de la sortie du patient, le délai de rédaction de la lettre de liaison est au dernier recueil réalisé dans l'établissement en mars 2017 supérieur à 8 jours dans près de 40% des dossiers audités. Par ailleurs, l'archivage du dossier patient unique en format papier était partiel. En effet, d'une part les dossiers du service de diabétologie sont stockés pendant plus d'un an dans un local fermé au 1er étage sans que cela ne soit prévu dans la procédure. D'autre part, les dossiers transfusionnels sont archivés aux urgences dans le local dépôt de sang et les dossiers des passages aux urgences ne sont pas intégrés au dossier du patient. Cela ne permet pas la constitution d'un dossier patient unique aux archives. Enfin, les IDE et AS utilisent des aides-mémoires papier pour transmettre des informations concernant le patient sans recourir le plus souvent au dossier du patient. Les modalités de réalisation d'aides mémoires lors des transmissions orales ne sont ni régulées ni anonymisés.	14a

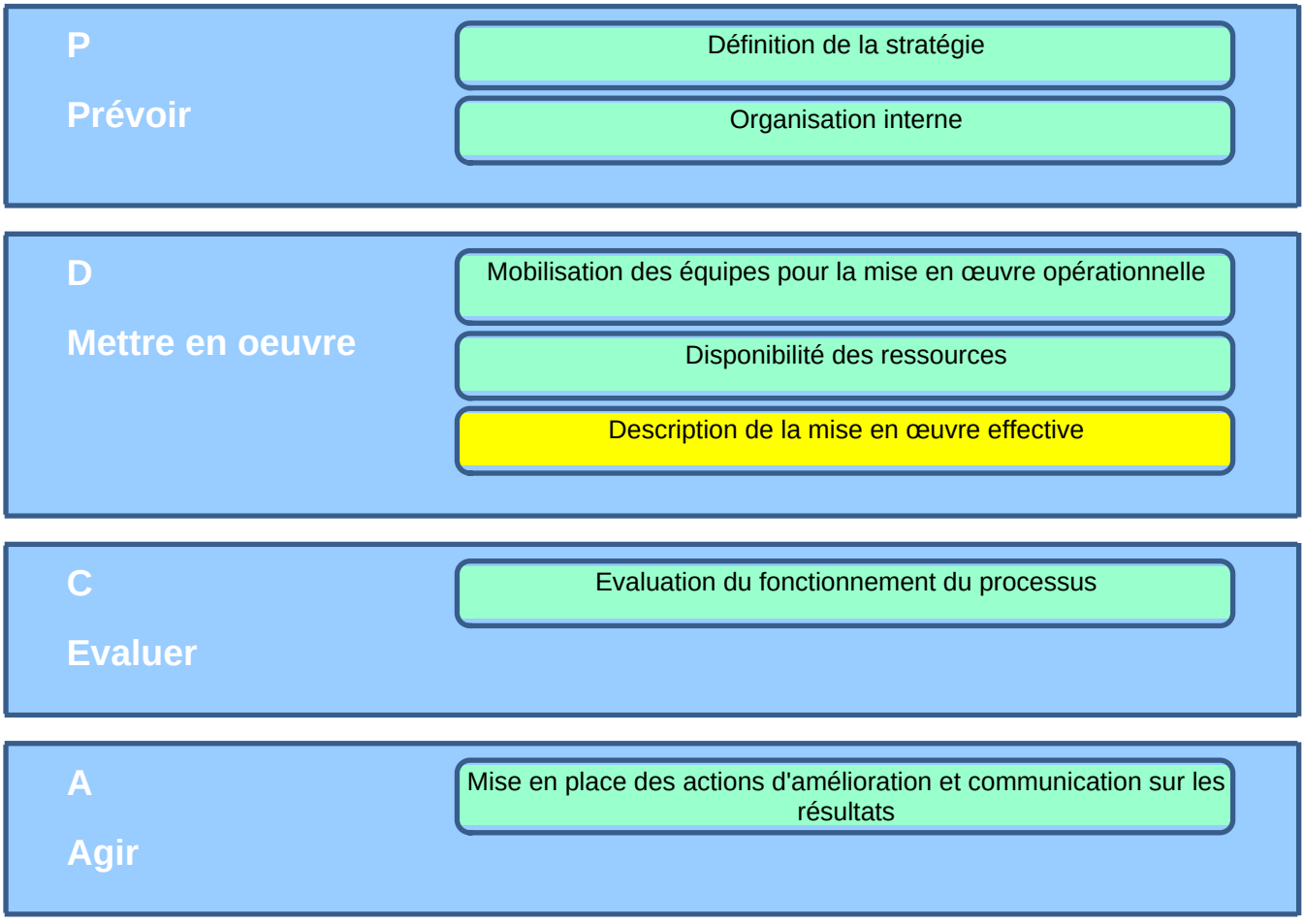
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Une politique qualité du circuit du médicament est intégrée dans le manuel d'assurance qualité de la pharmacie, révisé en décembre 2016 et validé institutionnellement. L'établissement a révisé sa cartographie des risques concernant la prise en charge médicamenteuse pour l'ensemble des services de soins et spécifiquement pour l'HAD, le circuit des dispositifs médicaux stériles et le circuit des chimiothérapies. Les professionnels de santé ont été impliqués. Les risques ont été hiérarchisés. Un Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisé avec identification de pilotes et d'échéances. Ce programme prend en compte les données issues de la cartographie des risques, les résultats d'audits, les compte rendus d'inspections, le Contrat de Bon Usage, les Fiches Evènements Indésirables (FEI) et les IPAQSS. Il est inclus dans le PAQSS de l'établissement 2016-2018 et intègre les actions prioritaires du Compte Qualité.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien chef de service, également nommé responsable du système du management de la qualité de prise en charge médicamenteuse (RSMQ). Cette mission est définie dans le manuel d'assurance qualité de la pharmacie pour laquelle la réalisation effective est assurée en binôme avec l'ingénieur Qualité. Ce pilotage a été formalisé avec une lettre de mission, émanant de la Directrice et du Président de la CME, en avril 2015. Un COMEDIMS, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) Médicament et un COMAB (Comité Antibiotique) sont définis (règlements intérieurs validés). L'établissement s'assure de la disponibilité de ressources humaines adaptées, en terme d'effectif et de compétences. Du personnel de stérilisation est en place sous la hiérarchie du cadre de bloc. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, une astreinte pharmaceutique est organisée en lien avec le CH d'Armentières. L'organisation en matière de management de la Qualité de la PUI est décrite dans le manuel d'assurance qualité. Les règles de délégations dans la prise en charge médicamenteuse sont validées. Une liste des médicaments est validée institutionnellement, ainsi que la liste d'antibiotiques de seconde intention. L'organisation de la conciliation thérapeutique est formalisée. L'ensemble des services de soins sont informatisés pour la prise en charge médicamenteuse hormis le service d'HAD. Pour les urgences, une interface est en place entre leur logiciel dédié et le logiciel médicament afin que l'ensemble des prescriptions soient dans un seul et même logiciel. Le circuit des chimiothérapies est informatisé avec prochainement changement du logiciel permettant une interface avec le dossier patient informatisé. L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des lits du CH quotidiennement. L'analyse réalisée est de niveau 1 ou 2 selon l'organisation établie dans la procédure. Un logiciel de stock est disponible à la PUI avec des difficultés d'interfaçage avec le logiciel du circuit du médicament. Une dotation est en place pour tous les services. Des contrats de service sont en place, validés entre le RSMQ et le cadre des services afin de lister les règles d'organisation et les engagements du service et ceux de la pharmacie. La totalité des services disposent d'une dispensation reglobalisée effectuée à la pharmacie avec rangement des armoires par le préparateur en pharmacie. Une préparation nominative est réalisée dans le service par un préparateur en pharmacie aidé d'une IDE pour tous les lits sauf pour l'addictovigilance et en gynécologie (pour l'HAD, réalisée à la pharmacie). Cette préparation nominative est réalisée quotidiennement du lundi au vendredi sauf de façon hebdomadaire pour le SSR. Le suivi des périmés est réalisé par les préparateurs. La conciliation médicamenteuse est organisée pour l'ensemble des lits du service de Médecine (conciliation d'entrée et de sortie). La formation des professionnels au logiciel est organisée. Pour l'activité d'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC), la formation des préparateurs est organisée avec le CHU de Lille. Des procédures décrivant cette activité sont validées et mises à jour ainsi que pour l'activité de stérilisation avec un travail en cours sur le MAQ de cette activité (2003). Un logiciel de gestion documentaire est disponible pour tous les professionnels. Une procédure dégradée est en place en cas de panne de logiciel. Concernant les patients à risque, une procédure formalise la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés. La gestion des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) est organisée. Des documents de bon usage du médicament à destination des patients sont formalisés. Des fiches de bon usage pour la rétrocession sont en cours d'enregistrement. La PUI a déménagé dans des nouveaux locaux en 2015. Ils incluent une pièce de rétrocession et l'URC est attenante au service d'Hôpital de Jour. Les ressources matérielles ont été identifiées avec l'achat d'armoires mobiles sécurisées, de chariots à médicaments et de rolls. La traçabilité de la livraison des produits pharmaceutiques est organisée par les agents de logistique interservices. La maintenance préventive et curative est organisée au sein de la PUI. La gestion des interfaces est organisée avec les différents secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins de l'établissement, les pharmaciens organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de la prise en charge médicamenteuse en lien avec les cadres de santé et IDE coordinatrices des services. Le RSMQ ou l'équipe Qualité interviennent régulièrement en réunion cadres programmées tous les mois. L'encadrement assure la sensibilisation des équipes sur les risques de leur secteur d'activité (réunions d'équipe, affichage, cahier de transmissions dans certains services, messagerie, Mémo Qualité…). Le RSMQ suit le programme d'action Médicament en lien avec l'ingénieur Qualité. Des IDE « référents CREX » sont identifiés dans les services pour participer au CREX sur la prise en charge médicamenteuse. Dans ces CREX, sont abordées les erreurs médicamenteuses et les actions en cours sur le circuit du médicament. Des patients traceurs sont organisés avec participation des professionnels. La prise en charge médicamenteuse est abordée systématiquement lors de la semaine sécurité patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au sein de la pharmacie, une répartition des missions et des tâches a été définie au sein de l'équipe de pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Des formations au logiciel médicament sont organisées par les pharmaciens pour les nouveaux médecins, internes et IDE. Une formation à destination des nouveaux arrivants est organisée 2 fois par an, avec intervention des pharmaciens sur la prise en charge médicamenteuse au CH. Cette formation fait l'objet d'une évaluation à l'aide d'un questionnaire. Un plan de formation de sessions de e-learning est validé en utilisant les outils régionaux. Ces sessions dure 1h30 et ont concerné en 2017 les erreurs médicamenteuses liées à l'insuline, AVK et calculs de dose des formes injectables. Des outils d'aide à la prescription et administration sont disponibles tels que la base de données Médicament, des documents validés comme le guide d'antibiothérapie et les modalités de préparation de médicaments injectables paramétrées dans le logiciel. Des aides en ligne sont paramétrées pour la prescription des héparines et le rappel des posologies des nouveaux anticoagulants oraux. En cas de panne informatique, les procédures dégradées sont connues des professionnels.
Les locaux de la PUI sont conformes et sécurisés, différentes zones sont identifiées. Les réfrigérateurs ont un report d'alarme en lien avec les services techniques. Pour les comprimés non unitaire, un logiciel est disponible à la PUI pour les identifier de façon conforme. L'URC est équipée de 2 isolateurs, placés en dépression, un réservé pour la préparation de cytotoxiques et un réservé pour la préparation d'anticorps monoclonaux. La maintenance préventive et curative est effective. Les services disposent de réfrigérateurs dédiés, des armoires mobiles sécurisées. Les stupéfiants sont dans des tiroirs sécurisés. Les chariots d'urgence sont scellés. Les chariots servant pour l'administration des médicaments sont constitués d'un « bac » par patient, identifié, avec séparateurs pour le traitement de la journée. Un système de Plein vide est organisé pour le bloc opératoire. Un accès aux résultats biologiques des patients est en place qui devrait le mois prochain être interfacés avec le dossier patient informatisé. Toutefois, les locaux ne répondent pas toujours à la réglementation. Pour l'URC, la contamination de l'enceinte de la ZAC en classe C est un risque identifié par l'établissement et pris en compte. Les résultats de février 2018 concernant l'URC montre que l'URC est qualifiée en ISO 8 et non en ISO 7. Les contrôles bactériologiques sont conformes ainsi que l'aérocontamination. Dans cette nouvelle URC, le plafond n'est pas lisse avec présences de dalles. Ces dalles viennent d'être collées, des contrôles sont programmés. Les derniers contrôles particulaires de l'URC, conduit après la visite des experts-visiteurs, permettent de qualifier cette salle en ISO 8.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est mise en œuvre depuis l'admission jusqu'à la sortie. Dès les urgences, le traitement est prescrit dans le logiciel informatisé DPI. Le dossier pharmaceutique (DP) est utilisé aux urgences. L'informatisation du circuit complet du médicament est effective dans l'ensemble des services de soin sauf pour l'HAD. Des supports de prescription spécifiques sont mis en place pour la prescription anticipée en HAD. Toutefois, les règles de prescription ne respectent pas toujours les bonnes pratiques. En HAD, le déploiement d'un logiciel dédié est en cours de déploiement mais non utilisé pour la prescription. Il existe donc un support unique de prescription administration papier mais pas toujours utilisé par les médecins. Les médecins libéraux prescrivent avec leurs ordonnances de cabinet de ville. En cas de consultations à l'extérieur, le patient peut disposer de plusieurs ordonnances de médecins différents. Le risque est identifié par l'établissement. Afin de colliger l'ensemble des prescriptions des médecins intervenant dans la prise en charge des patients, une retranscription s'effectue par le pharmacien dans l'ancien logiciel médicament du CH. Le support imprimé est utilisé pour la délivrance nominative de 7 jours par les préparateurs et transmis aux IDE. De plus, pour ces prescriptions non prescrites sur le support papier, l'imprimé délivré par la pharmacie suite à la retranscription du pharmacien ne permet pas la traçabilité de l'administration pour 1 semaine, les IDE retranscrivent la prescription sur le support papier afin de pouvoir tracer l'administration des médicaments. En SSPI, les IDE retranscrivent la prescription informatisée sur le support papier du dossier afin de tracer l'administration. L'établissement n'avait pas vu ce risque et pendant la visite de certification, les IDE de SSPI ont été formées au logiciel Médicament pour tracer sans retranscription. Les avis pharmaceutiques sont tracés et permettent au prescripteur de répondre par l'intermédiaire du logiciel. En cas de nécessité, le pharmacien contacte directement le médecin par téléphone. Pour les chimiothérapies, l'analyse pharmaceutique s'appuie sur les référentiels de bon usage. En URC, la double

vérification est mise en œuvre ; un pharmacien assure la validation de l'ordonnance et la libération des lots. Le programme de chimiothérapies est disponible pour la pharmacie et l'HDJ oncologie. Pour les antibiotiques identifiés de seconde intention, les médecins doivent remplir un formulaire spécifique. Un planning de renouvellement des dotations est défini. L'ensemble des services dispose de dotation en armoire(s) pour laquelle les médicaments sont rangés en fonction de leur voie d'administration, séparés, avec étiquetage réglementaire. La traçabilité de la livraison des médicaments est effective avec respect de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles. Les personnels connaissent les modalités organisationnelles pour un accès à un médicament en cas d'urgence. En cas de besoin d'un médicament, les IDE utilise un logiciel. De nombreux protocoles sont paramétrés dans le logiciel. Les médicaments ne pouvant pas être écrasés sont identifiés. Le suivi des alertes sanitaires est effectif. La gestion des gaz médicaux est organisée. La gestion du traitement personnel du patient est effective. Les péremptions sont suivies par les préparateurs. Le COMEDIMS est opérationnel avec 3 réunions en 2017 et diffusion du compte rendus à tous les praticiens par messagerie. L'interne travaille avec les médecins pour la traçabilité de la conciliation pharmaceutique à l'entrée pour le service de Médecine. L'externe en pharmacie réalise des consultations pharmaceutiques dans ce même service. Une plaquette explicative de cette pratique est distribuée. La gestion des stupéfiants est organisée avec gestion de la clé du coffre et respect de la procédure. Le traitement personnel est récupéré à l'entrée du patient par l'IDE. Néanmoins, les modalités de gestion du stockage de médicaments ne sont pas toujours respectées. En effet, à la PUI, le rangement de la majorité des médicaments ne sont pas séparés et étiquetés amenant un risque pour la délivrance. Dans le service de SSR, il est constaté de la celocurine rangé à côté de l'isuprel (médicament du chariot d'urgence non identifié comme tel). Dans un service, les différentes insulines , identifiées comme médicaments à risque, étaient mélangées dans un même bac au réfrigérateur. Dès le lendemain du constat lors de la visite, la séparation entre les différentes insulines a été réalisée avec étiquetage. Les IDE assurent l'administration à l'aide du chariot médicament et de la prescription informatisée, tracée en temps réel. En cas de non administration, l'IDE le trace dans le logiciel avec la raison. Les IDE donnent si besoin des informations sur le traitement médicamenteux des patients, sans traçabilité. Toutefois, les bonnes pratiques de préparation des médicaments injectables ne sont pas toujours respectées. En effet, Il est constaté en médecine que la préparation des médicaments injectables est réalisée dans le couloir avec risque d'interruption de tâche, comme confirmé par les différents professionnels. Une des actions du PAQSS est de travailler sur les interruptions de taches mais l'action n'est pas initiée. En service de chirurgie, les préparations de médicaments injectables sont identifiées avec une étiquette pré remplie avec le nom, dosage du médicament, heure de pose mais sans identification du patient (étiquette patient retirée après la préparation). Les règles d'administration des médicaments ne sont pas toujours respectées. Lors du patient traceur, il a été constaté une prescription de péridurale en continu faite par l'anesthésiste en chirurgie alors que l'équipe du service ne connait pas la surveillance obligatoire et spécifique liée à cette pratique avec absence de formalisation de protocole. L'établissement ne s'assure pas toujours de la bonne compréhension de la patiente pour gérer seule son traitement pour la journée ; pour autant, la patiente est considérée comme autonome et la traçabilité de la prise n'est pas assurée. La liste des médicaments à risque est connue avec un affichage spécifique dans tous les services. Les médicaments à risque sont identifiés avec un logo spécifique. Les professionnels savent comment déclarer une erreur médicamenteuse : déclaration spécifique sur le logiciel commun à la gestion documentaire. Après impression de la fiche, le pharmacien reçoit l'ensemble des fiches événement indésirable liées au circuit du médicament. Les pilotes ont constaté la nécessité de continuer à promouvoir la culture du signalement des événements indésirables médicamenteux (9 FEI en 2017 pour les erreurs médicamenteuses, hors EHPAD).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Le pilote du processus en lien avec l'ingénieur qualité assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions, notamment à l'aide d'indicateurs : indicateurs IQSS sur les règles de prescription médicamenteuse dans la tenue du dossier patient, indicateurs du CBU, le nombre de FEI du circuit du médicament. Des évaluations sont organisées telles qu'un audit croisé régional sur la prise en charge médicamenteuse et sur la traçabilité de la réévaluation de la prescription d'antibiotiques. Afin d'évaluer le niveau de maitrise des professionnels vis-à-vis du processus, le dispositif institutionnel « les inqual'ables » a été déployé pour la prise en charge médicamenteuse avec analyse des résultats (évaluation en 2016 et 2018). Des CREX erreurs médicamenteuses se réunissent régulièrement (2 en 2017). Un bilan des FEI médicamenteuses est réalisé. Un rapport d'activité de la pharmacie est réalisé avec le suivi et analyse des dépenses médicamenteuses, le suivi d'indicateurs d'activité de la PUI et un bilan des actions réalisées autour de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce rapport est présenté en COMEDIMS et CME.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux résultats des audits, CREX et patients traceurs comme le développement du paramétrage du logiciel du circuit du médicament avec des protocoles paramétrés et des informations sur les médicaments. Lors des Commission Qualité et CME, et si besoin en CSMIRT ou réunion cadres, le pharmacien communique sur les résultats d'audits et l'état d'avancement du programme d'actions relatif au management de la prise en charge médicamenteuse.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne répondent pas toujours à la réglementation. Pour l'URC, La contamination de l'enceinte de la ZAC en classe C est un risque identifié par l'établissement et pris en compte. Les résultats de février 2018 concernant l'URC montre que l'URC est qualifiée en ISO 8 et non en ISO 7. Les contrôles bactériologiques sont conformes ainsi que l'aérocontamination. Dans cette nouvelle URC, le plafond n'est pas lisse avec présences de dalles. Ces dalles viennent d'être collées, des contrôles sont programmés. Les derniers contrôles particulaires de l'URC, conduit après la visite des experts-visiteurs, permettent de qualifier cette salle en ISO 8.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de prescription ne respectent pas toujours les bonnes pratiques. En HAD, le déploiement d'un logiciel dédié est en cours de déploiement mais non utilisé pour la prescription. Il existe donc un support unique de prescription administration papier mais pas toujours utilisé par les médecins. Les médecins libéraux prescrivent avec leurs ordonnances de cabinet de ville. En cas de consultations à l'extérieur, le patient peut disposer de plusieurs ordonnances de médecins différents. Le risque est identifié par l'établissement. Afin de colliger l'ensemble des prescriptions des médecins intervenant dans la prise en charge des patients, une retranscription s'effectue par le pharmacien dans l'ancien logiciel médicament du CH. Le support imprimé est utilisé pour la délivrance nominative de 7 jours par les préparateurs et transmis aux IDE. De plus, pour ces prescriptions non prescrites sur le support papier, l'imprimé délivré par la pharmacie suite à la retranscription du pharmacien ne permet pas la traçabilité de l'administration pour 1 semaine, les IDE retranscrivent la prescription sur le support papier afin de pouvoir tracer l'administration des médicaments. En SSPI, les IDE retranscrivent la prescription informatisée sur le support papier du dossier afin de tracer l'administration. L'établissement n'avait pas vu ce risque et pendant la visite de certification, les IDE de SSPI ont été formées au logiciel Médicament pour tracer sans retranscription.	20a bis
	NC	Les bonnes pratiques de préparation des médicaments injectables ne sont pas toujours respectées. Il est constaté en médecine que la préparation des médicaments injectables est réalisée dans le couloir avec risque d'interruption de tâche, comme confirmé par les différents professionnels. Une des actions du PAQSS est de travailler sur les interruptions de taches mais l'action n'est pas initiée. En service de chirurgie, les préparations de médicaments injectables sont identifiées avec une étiquette pré remplie avec le nom, dosage du médicament, heure de pose mais sans identification du patient (étiquette patient retirée après la préparation).	20a bis
	PS	Les modalités de gestion du stockage de médicaments ne sont pas toujours respectées. A la PUI, le rangement de la majorité des médicaments ne sont pas séparés et étiquetés amenant un risque pour la délivrance (dosages différents à côté, médicaments serrés). Dans le service de SSR, il est constaté lors de la visite de la celocurine rangé à côté de l'isuprel (médicament du chariot d'urgence non identifié comme tel). En service de médecine, les insulines (lentes, rapides intermédiaires), identifiées comme médicaments à risque, étaient mélangées dans un même bac au réfrigérateur. Dès le lendemain du constat lors de la visite, la séparation entre les différentes insulines a été réalisée avec	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		étiquetage.	
	NC	Les règles d'administration des médicaments ne sont pas toujours respectées. Lors du patient traceur, il a été constaté une prescription de péridurale en continu (PCEA) par l'anesthésiste dans le service de chirurgie alors que l'équipe du service ne connait pas la surveillance obligatoire et spécifique liée à cette pratique avec absence de formalisation de protocole. Comme constaté lors de la visite en gynécologie, et en patient traceur (SSR et Chir), la traçabilité n'est pas réalisée lorsque le patient est autonome et gère son traitement médicamenteux. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension de la patiente pour gérer seule son traitement car la patiente dispose de son traitement pour la journée et le tracer dans le dossier.	20a bis

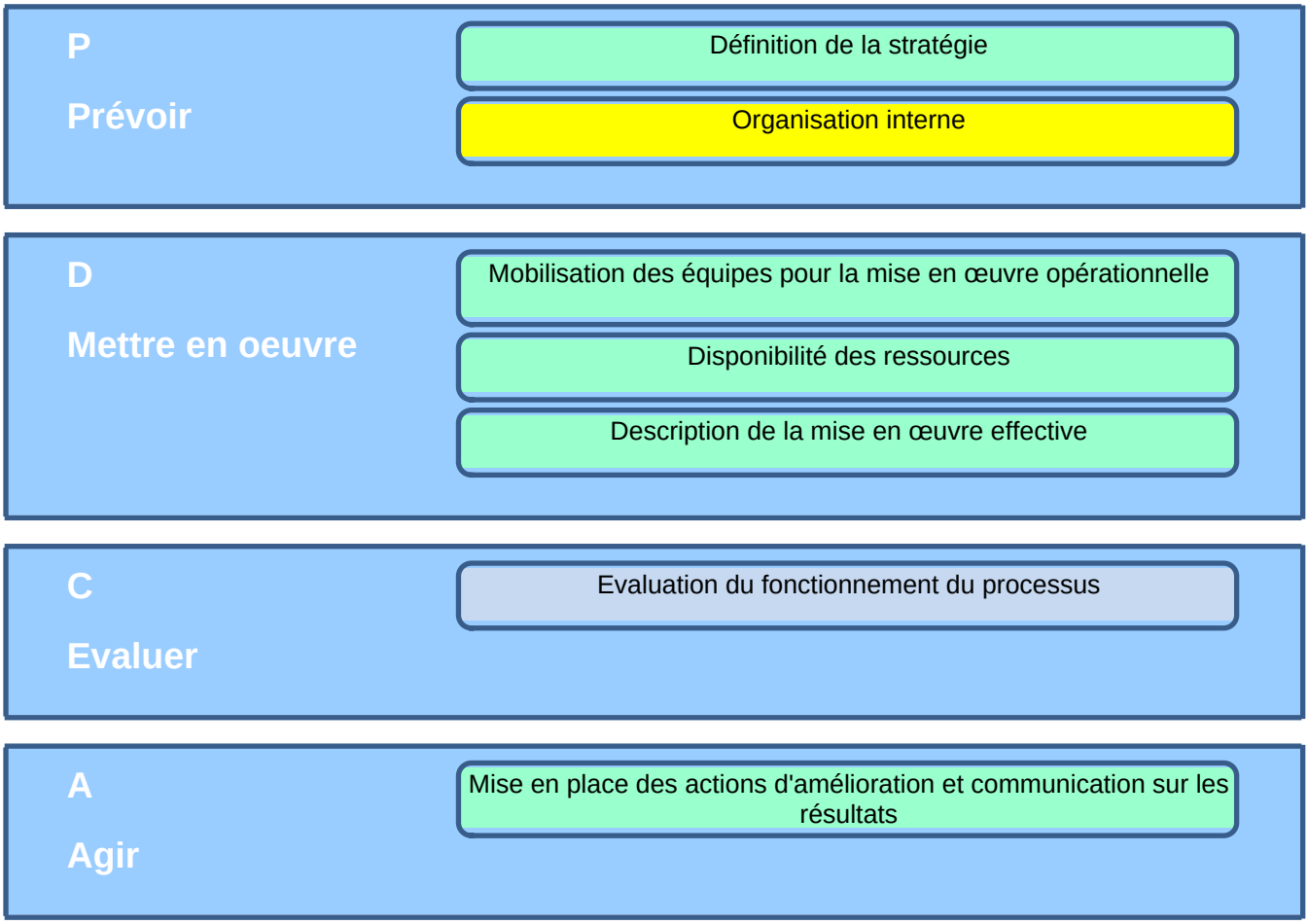
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le CH d'Hazebrouck accueille des urgences médicales, chirurgicales, obstétricales, pédiatriques et de santé mentale et est positionné, d'un point de vue sanitaire, comme l'établissement de proximité du territoire de santé Flandre intérieure, desservant un bassin de population de 50 0000 habitants. La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est définie dans le projet médical et de soins 2018-2022 du Projet d'Établissement, en cours d'élaboration. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2014-2017 signé avec l'Agence Régionale de Santé et prorogé jusque fin 2018, a notamment fixé comme objectifs de développer les compétences médicales et paramédicales, de sécuriser l'organisation du travail médical. Par ailleurs, au niveau de l'élaboration du Projet Médical et de Soins Partagé dans le cadre de la mise en place du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), la filière urgences est une des filières définies pour une meilleure gradation des soins, tout particulièrement pour la filière AVC. Une convention a été signée afin de constituer la fédération médicale interhospitalière avec le CH d'Armentières. Une cartographie des risques a priori a été réalisée et formalisée. Le Compte Qualité du CH a retenu des risques prioritaires et des actions d'amélioration. Le fonctionnement du dispositif hôpital en tension, et la sécurisation de l'accueil. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement qui a été validé et présenté aux instances. Un psychiatre de liaison peut se déplacer tous les jours et il est présent les mardis et les vendredis. Le weekend il est possible de contacter le bureau d'orientation sur l'EPSM de Bailleul. Il n'y a pas de consultation de psychiatrie la nuit.
ORGANISATION INTERNE
La directrice a arrêté la nomination des responsables du pilotage institutionnel commun des différents secteurs de prise en charge des urgences. Les rôles et responsabilités sont décrits dans la lettre de mission du médecin chef de service avec pour objectif d'évaluer et d'améliorer le niveau de maîtrise de la thématique des urgences et des soins non programmés. Les circuits de prise en charge des urgences générales et gynécologiques sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Le SAU bénéficie depuis l'année 2000 d'une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) qui a assuré 15 prises en charge en 2017. Le patient contacte l'assistante sociale et il est enregistré « PASS » dans le dossier avec une dispensation des médicaments organisée en lien avec la PUI. Le recours aux avis spécialisés est organisé avec les acteurs du territoire de santé pour répondre aux besoins des patients. Une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les services de soins est prévue, notamment pour le sujet âgé. Le règlement de fonctionnement du SAU est en cours de formalisation et sera validé par les instances. L'organisation interne du service y est décrite et prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à son fonctionnement. Ce règlement pose les principes de bonnes pratiques médicales et paramédicales et précise les obligations de chacun. Le plan de formation institutionnel vise notamment à renforcer les compétences de l'infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA), l'identitovigilance, à mieux prendre en compte les violences hospitalières et l'hémovigilance. Pour les urgences gynécologiques, les patientes sont accueillies par une sage-femme de 7h15-19h. Les SF contactent dans un second temps le gynécologue/obstétricien d'astreinte. Celle-ci rend compte à un gynécologue qui prend le relais la nuit. La nuit, seule l'entrée par les urgences est possible. Il existe un accueil régulier des urgences pédiatriques. Les prises en charge sont structurées et il existe des possibilités de transfert par le SAMU pédiatrique vers le CH d'Armentière ou le CHU de Lille. Les effectifs d'urgentistes sont suffisants et permettent d'assurer la permanence des soins. Il existe, par ailleurs, une fédération inter-hospitalière des urgences entre le CH d'Armentières et le CH d'Hazebrouck, les urgentistes assurent des gardes sur les 2 sites. Une IAO est présente du lundi au vendredi et hors jours férié entre 8h30 et 18h30. Un agent administratif est présent jusqu'à 21h. Un veilleur de nuit est présent chaque nuit entre 20h et 6h du matin. Toutefois, l'accueil des patients se présentant aux urgences n'est pas toujours assurée. En effet, avant l'arrivée ou après le départ de l'IAO et en son absence, l'accueil des patients n'est plus assuré par un soignant. A partir de 21h, une présence physique n'est plus strictement assurée (le veilleur à des missions de surveillance au sein de l'établissement) à l'accueil des urgences sans mesure de compensation (défibrillateur automatique, caméra performante, système d'alerte ....). Le risque a été identifié par l'établissement. Dans ce cas, un patient ou une femme enceinte doit sonner pour informer de son arrivée. Par ailleurs, les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la surveillance des patients. En effet, pour visualiser l'ensemble de la salle d'attente, l'établissement a installé une caméra qui reporte les images dans une salle centrale. Pour autant, la surveillance de l'écran n'est pas permanente car les professionnels ne sont pas en permanence dans la salle centrale ; notamment lorsqu'ils sont moins nombreux et qu'un patient est en salle de déchocage. Des EI ont permis à l'établissement d'identifié le risque ; un projet de réaménagement des urgences est en cours. Un dispositif de gestion documentaire prévoit des procédures formalisées, élaborées en interne, mais également avec le bloc opératoire, le service d'imagerie et les brancardiers ainsi qu'avec le SAMU. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et

entre secteurs d'activité. Des réunions de service permettent de communiquer tant sur l'organisation que sur le fonctionnement de la structure des urgences du CH et de favoriser l'expression des personnes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le projet de service des urgences décline le programme institutionnel au niveau de la structure des urgences. Une charte de fonctionnement de l'unité neuro-vasculaire a, par exemple, été formalisée afin d'améliorer l'accès à la thrombolyse des patients.
Des objectifs sont mis en œuvre, comme la régulation et l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la gestion des conduites violentes, ou encore l'informatisation du service au niveau des interfaces avec les autres logiciels métiers, notamment du dossier patient. Pour la neurologie et depuis avril 2016 une station avec caméra est installée dans la salle 7 des urgences. Filière TéléAVC est opérationnelle pour accès à un neurologue 24h/24 et une thrombolyse sur site est possible en lien avec le neurologue de l'hôpital Saint-Philibert de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Six patients ont été pris en charge dans le cadre du protocole AVC en 2017 et 0% ont bénéficié d'une thrombolysation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le règlement intérieur des admissions hospitalières du CH décrit le fonctionnement du Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), les rapports fonctionnels avec les différents services cliniques, médico-techniques et administratif du Centre Hospitalier, tant pour les hospitalisations que pour les consultations. La permanence médicale et paramédicale est assurée. Les formations sont mises en œuvre et peuvent être spécifiques au secteur et transversales. Des filières d'orientations sont définies et régulées sans que des secteurs géographiques soient spécifiques : soins de courte durée, secteur de soins prolongés. Une procédure résume la prise en charge des patients aux urgences : malade couché, malade valide, filière pédiatrique, psychiatrique et gynécologique. Le matériel et les équipements nécessaires pour assurer la prise en charge et la surveillance du patient sont disponibles et fonctionnels. Deux chambres UHCD mobiles se situent au niveau du SAU. Une salle d'attente intermédiaire composée de quelques sièges destinée aux familles et à l'entourage des patients pris en soins est située dans l'enceinte de la structure et garantie en partie le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. La gestion documentaire est actualisée, et disponible sous format électronique. Un logiciel de géolocalisation spécifique aux urgences permet de mieux suivre la trajectoire du patient en temps réel dans le service des urgences.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit du patient au service d'accueil et d'urgence a été formalisé et décrit toutes les étapes de sa trajectoire de soins. Hors weekend et jours fériés, l'accueil du patient est assuré en première intention de 8h30 à 18H30 par un binôme agent d'accueil / IOA et en fonction de la nature apparente de l'affection et de la gravité estimée, le patient est orienté vers le secteur de soins de courte durée (8 salles d'examen dont une salle de plâtre, une salle dédiée à la télémédecine en particulier les urgences neurologiques, la salle d'Accueil des Urgences Vitales. L'infirmière d'accueil et d'orientation assure le tri à l'accueil conformément aux recommandations des sociétés savantes. Elle trace sur le dossier médical les motifs de recours, l'orientation des patients et les paramètres vitaux. Des transmissions tant orales qu'écrites sont réalisées entre les personnels médicaux et paramédicaux pour assurer la continuité et la coordination des soins. Le service des urgences peut prendre en charge des urgences psychiatriques adulte, notamment les tentatives de suicide, en collaboration avec le médecin psychiatre. Des urgences pédiatriques sont aussi prises en charge dans un premier temps aux urgences générales, avec une organisation définie en fonction de l'évaluation initiale de l'état de santé de l'enfant. Une UHCD deux 2 lits mobiles est associée au service des urgences. La coordination inter-services est opérationnelle avec les services de soins, médico-techniques et de brancardage en interne, mais également en externe. Les évaluations au sein des lieux d'activité ont confirmé que la traçabilité des actes est assurée dans le dossier du patient. Le système d'information institutionnel, bien qu'il soit constitué de plusieurs logiciels DPI et dossier papier répond en grande partie aux besoins des utilisateurs du service des urgences. Un suivi par appels téléphonique des cadres (au moins 3 fois par jour) avec l'ensemble des services de soins permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits en temps réel. Le système d'information permet partiellement d'avoir une évaluation et un suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence. Les résultats d'examens d'imagerie médicale respectent les bonnes pratiques. L'interprétation des examens de radiologie conventionnelle est réalisée le plus souvent par téléradiologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi d'indicateurs d'activité et d'efficience est communiqué aux pilotes de la thématique des urgences. L'analyse est menée notamment lors de réunions avec les professionnels et la direction. Des tableaux de bord, sont mis à disposition du pôle.
L'établissement recueille les indicateurs IQSS. Des évaluations complémentaires plus qualitatives ont été réalisées par l'encadrement médical et paramédical du pôle, notamment par l'intermédiaire de Staff. Un tableau de bord de suivi spécifique a été mis en place pour améliorer le délai d'attente et de prise en charge des patients souffrant d'un AVC. Des enquêtes de satisfaction dans la structure des urgences du CH sont réalisées au travers du retour des questionnaires de sortie. En fonction des résultats des évaluations réalisées, des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Un plan d'actions a été formalisé sur les thématiques de l'accueil, de l'information à transmettre à la famille et/ou à l'entourage avec la mise à disposition d'un livret présentant le SAU, et d'actions de formation. Les actions d'amélioration sont en partie intégrées dans le PAQSS du CH qui a été présenté en CDU et validé en instances. Leur présentation aux équipes soignantes est faite en réunion d'encadrement, et de manière institutionnelle, au niveau des instances.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la surveillance des patients. Pour visualiser l'ensemble de la salle d'attente, l'établissement a installé une caméra qui reporte les images dans une salle centrale. Pour autant, la surveillance de l'écran n'est pas permanente car les professionnels ne sont pas en permanence dans la salle centrale ; notamment lorsqu'ils sont moins nombreux et qu'un patient est en salle de déchocage. Des EI ont permis à l'établissement d'identifié le risque ; un projet de réaménagement des urgences est en cours.	25a
	PS	L'accueil des patients se présentant aux urgences n'est pas toujours assurée. Avant l'arrivée ou après le départ de l'IAO et en son absence, l'accueil des patients n'est plus assuré par un soignant. A partir de 21h, une présence physique n'est plus strictement assurée (le veilleur à des missions de surveillance au sein de l'établissement) à l'accueil des urgences sans mesure de compensation (défibrillateur automatique, caméra performante, système d'alerte ....). Le risque a été identifié par l'établissement. Dans ce cas, un patient ou une femme enceinte doit sonner pour informer de son arrivée.	25a

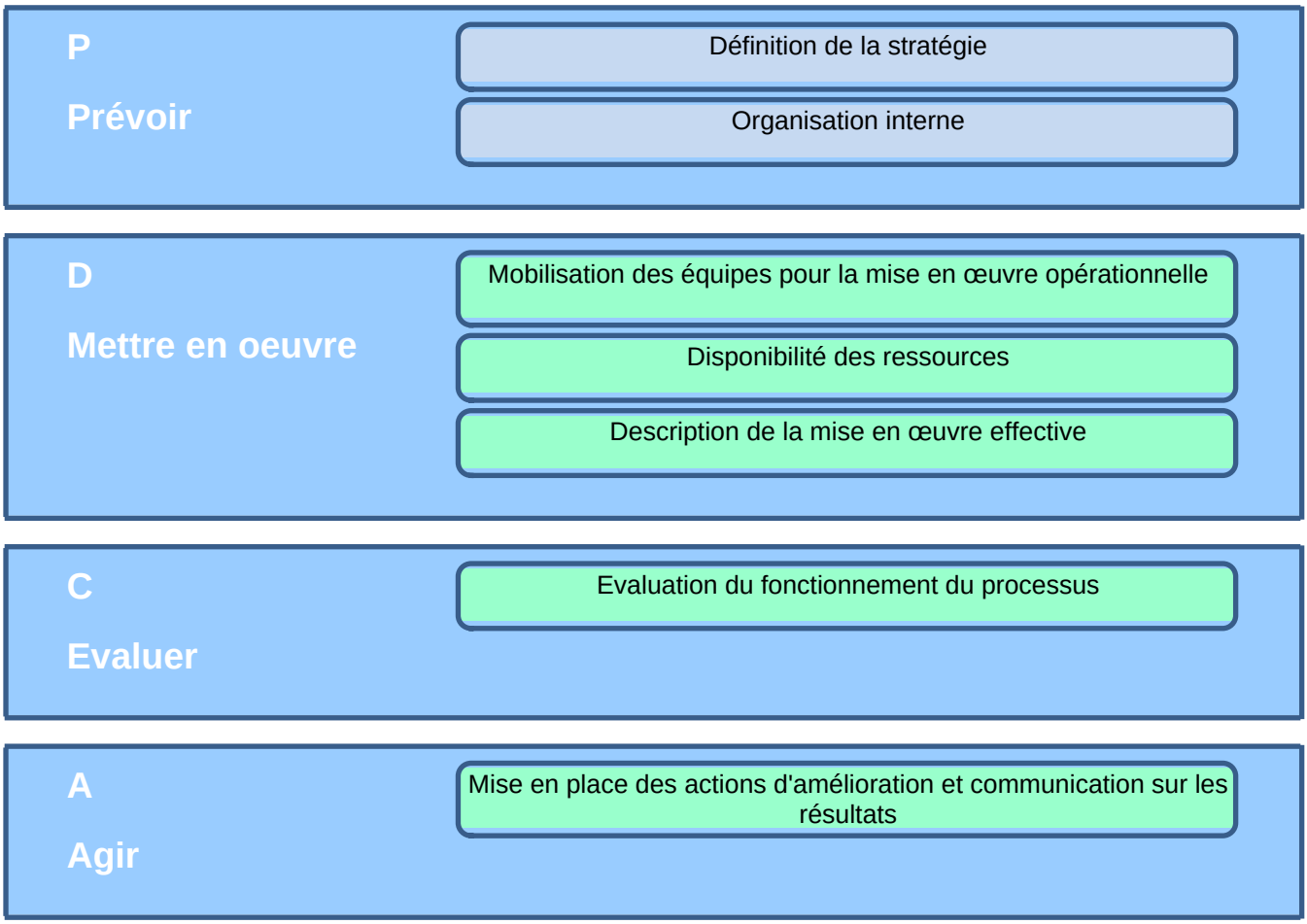
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. 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.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'hôpital d'Hazebrouck possède un bloc commun de 4 salles de chirurgie (viscérale, orthopédique, vasculaire, urologique, gynécologique, ORL, ophtalmologie, bariatrique et endoscopique), une SSPI de 6 places, conforme à la réglementation. Attenant au bloc, on retrouve la maternité avec un accès direct pour les césariennes en urgence, l'unité d'endoscopie et l'unité de chirurgie ambulatoire (endoscopie, viscérale orthopédie et ophtalmologie). Il existe une stratégie et des objectifs de management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, élaborés sur la base d'une identification des besoins, des missions et de l'analyse de risques propres à l'établissement depuis 2015. Les besoins spécifiques sont identifiés au regard de ses missions, des orientation et besoins régionaux. Les sources de données utilisées pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques répondent à la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Les risques a priori sont identifiés par la cartographie des risques, sur la base d'une analyse de processus propre à l'ES prenant en compte les recommandations émises lors de la visite de certification d'avril 2014. Elles sont formalisées. Elle prend en compte les différents circuits de prise en charge et les différentes interfaces. La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des EPP. L'élaboration du Compte Qualité en 2017, réalisée dans le cadre d'un projet d'évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels, a permis la priorisation et l'institutionnalisation d'évaluations et d'indicateurs par thématiques. Les risques prioritaires sont hiérarchisés avec les professionnels. La démarche qualité est documentée et actualisée, formalisée, priorisée, unique, intégrant les mesures de traitement des risques, est validée dans le cadre d'analyses mensuelles auxquelles participent tous les responsables de service, le président de CME. Une analyse des risques est intégrée. Des conventions de partenariat avec le CH d'Armentières et de St Philibert (GHICL) permettent un transfert de compétences chirurgicales fidélisées en orthopédie, urologie, ORL, vasculaire et OPH ainsi qu'en anesthésie pour compléter l'équipe et assurer une permanence des soins (maternité).

ORGANISATION INTERNE
L'organisation du pilotage du management du bloc opératoire est formalisée dans une charte de bloc (v3) consignant les règles et modalités d'organisation du bloc opératoire validée par le Conseil de bloc de l'établissement et disponible sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement. Elle est complétée par une charte de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) affichée dans la structure et sur le site internet. Cette charte détermine l'organisation, les conditions de désignation du médecin coordonnateur, les formations nécessaires. La responsable du bloc opératoire, cadre du service, pilote le processus avec deux chirurgiens, et son adjoint IADE, prévoient la régulation des activités, la gestion du bloc opératoire et de l'UCA, la coordination et le respect des règles de la charte. La responsable gère une cellule de pilotage hebdomadaire tous les jeudis matin pour valider les programmations, en y intégrant les urgences potentielles qui sont régulées par un personnel de la SSPI, en mettant en adéquation les ressources humaines et matérielles nécessaires. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées dans la gestion documentaire informatisée et accessible sur le site internet de l'établissement. Un conseil de bloc opératoire est en place. Sa composition est représentative. Il se réunit 2 fois par an. L'ordre du jour est établi. Ses missions sont définies : création et actualisation du planning opératoire général, rédaction et revalidation de la charte du bloc opératoire et de l'UCA,la coordination des moyens humains et matériels nécessaire à la mise en œuvre des programmes opératoires, validation et mise en œuvre des protocoles, analyse et résolution des événements indésirables, dont la déclaration reste confidentielle, l'analyse des indicateurs d'activité. Les ressources humaines en terme d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure. Les besoins en formation sont identifiés et les actions de formation sont planifiées. L'établissement ne recourt pas à l'intérim grâce à la formation (VAE) des circulantes, et à la complémentarité des MAR du GHICL. Les besoins en procédures sont identifiés. Elles sont élaborées avec les professionnels, formalisées, issues de documents de référence validées et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Les patients disposent de documents d'information : livret d'accueil, passeport pour l'ambulatoire, comportant dans sa première partie les informations et les consentements. Les locaux du bloc opératoire, de la SPPI, de l'UCA sont conformes à la réglementation. La stérilisation est interne à l'ES avec une gestion corrélée par un agent (IBODE) pour assurer le suivi des boites. L'UCA est identifiable et dispose de moyens dédiés au sein du service de chirurgie. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies. L'hygiène des locaux est prévue, ainsi que la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux. La radioprotection est organisée. Les 4 salles sont équipées d'un flux unidirectionnel contrôlé quotidiennement par les IBODE lors de l'ouverture de la salle. La qualification trimestrielle de ces salles est assurée par le CH d'Armentières sous l'autorité du

médecin hygiéniste. Celle-ci ne ne répond pas toujours à la norme AFNOR NF S90-351 (ISO 5) pour la chirurgie prothétique mais est conforme aux dernières recommandations 2015 de la FHH qui prévoit un contrôle trimestriel de l'aéro- bio-contamination. celle-ci est toujours restée conforme aux attentes (< 1 UFC/m3), les orthopédistes étant partie prenante de cette procédure. La maintenance préventive et curative des infrastructures est prévue par le service technique, en lien avec la chef de bloc. Les ressources matérielles sont prévues. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements. Les documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux sont prévus pour les professionnels. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée. Un dossier patient papier (fiche transversale), permet un échange d'informations, la coordination avec les différents secteurs et les professionnels, la fiche d'anesthésie et la traçabilité de tous les DM et DMI. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec les secteurs cliniques, avec les secteurs médico-techniques et logistiques : la stérilisation, le laboratoire de biologie médicale (externalisés). Ces interfaces sont également prévues avec pour la radiologie (PAQS), la pharmacie (gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux), la gestion du linge, les déchets, le transports intra-hospitaliers (pool de brancardiers pour les patients hospitalisés, propres au bloc en interne avec les soignants).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le bloc opératoire et l'UCA a identifié ses besoins et ses risques et le programme d'actions préventives et de surveillance établi dans le cadre du PAQS. Le cadre du bloc communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établi lors des réunions de services associant tous les personnels du bloc opératoire et ceux des services de soins et des conseils de bloc. Elle sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. Les professionnels ne se sont pas tous appropriés le dispositif de gestion des événements indésirables. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels est peu réalisé. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels est peu réalisé. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les activités sont évaluées périodiquement. Le cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. La charte de bloc est respectée. Des audits sont en place (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitovigilance, bionettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list), et des EPP (7). Le retour d'expérience est effectif mais oral, lors des réunions de service. Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs. Les résultats sont communiqués aux équipes et les indicateurs et les évaluations sont visibles sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement et par affichage pendant un mois dans le bloc opératoire et en UCA.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la continuité de la prise en charge y compris pour lles césariennes en uregnece. Un tableau de vacations opératoires permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. l'anticipation des présences est trimestrielle. L'activité d'anesthésie-réanimation est exercée par deux médecins anesthésistes complétée de toute une équipe du GHICL qui gère leur propre planning ; ils assurent des astreintes avec possibilité de présence sur place et travaillent avec des 6 IADE. La SSPI est surveillée par des IDE en nombre suffisant. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont effectives et diffusées. Une IDE de la SSPI assure quotidiennement la régulation des urgences en concertation avec le cadre du bloc. Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé du site internet. Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaire à la prise en charge du patient. Les locaux des blocs opératoires, de la SSPI, de l'UCA sont adaptés, contrôlés et entretenus. Les circuits sont respectés. Le nombre de postes ouvert en SSPI (6) avec deux secteurs permettant le respect de l'intimité des patients en particulier pour le parturiente et son bébé. La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés. Leur traçabilité est assurée dans la fiche transversale et la pharmacie. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé. Le matériel d'urgence vitale uniformisé est vérifié et opérationnel. L'approvisionnement en médicaments et DMI est assuré, avec un système d'approvisionnement «plein-vide » sous le contrôle du cadre aidé d'une IBODE permettant de répondre aux besoins. La vérification par les personnels IBODE ou IADE est effective et tracée à chaque nouvelle entrée au bloc opératoire et en SSPI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie et les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient sont mises en œuvre.

Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire. La maîtrise du risque infectieux est effective (zones de bloc identifiées), brancardier dédié dans le bloc, marche en avant respectée. Les règles de sécurité sont appliquées (kit hyperthermie maligne, accidents allergiques, complications anesthésiques locaux, intubation difficile, pédiatrique disponible, et chariots d'urgence vérifiés et scellés).
La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. Le brancardage est réalisé conformément aux procédures (respect de l'intimité, de la confidentialité, respect des règles de sécurité et d'hygiène). Le cadre de bloc opératoire planifie les interventions. Le programme opératoire est validé par le cadre de bloc, un chirurgien et un anesthésiste. Les dysfonctionnements sont suivis. La gestion des risques est effective (vigilances et veille sanitaire opérationnelles). Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre : gestion des accidents d'exposition au sang, radioprotection (signalisation de la salle, port de dosimètres passifs et actifs). Les IBODE sont toutes formées à la radio-protection par la PCR. Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-techniques opérationnelles. Ces circuits sont respectés également avec les secteurs cliniques, grâce à une feuille de liaison papier entre les services et le bloc opératoire (validation dossier patient et soins avant bloc opératoire) intégrant une check-list de vérification de la préparation du patient, du site opératoire, de son identité et du dossier. Le consentement éclairé du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis. La check-list sécurité au bloc opératoire est en mise en œuvre et tracée en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire.
Dans le dossier du patient papier sont tracés le risque ATNC, la prise en charge anesthésique et chirurgicale per-opératoire, les prescriptions post opératoires informatisées, l'évaluation de la douleur et des traitements antalgiques administrés. Une traçabilité du parcours est assurée en temps réel avec une saisie informatisée (douchette).
La sortie de SSPI est horodatée et tracée. En UCA, la sortie, l'aptitude au retour à domicile (score de sortie) et les consignes à suivre sont validées et tracées par le chirurgien ou l'anesthésiste.
La traçabilité des intervenants, des actes, activités et DMI est réalisée dans le cahier du bloc opératoire (avec triplicata pour le dossier patient, la facturation et la souche du cahier) ; tout ceci qui a pu être vérifié notamment suite à l'investigation issue des patients traceurs. Les instances sont opérationnelles. Le conseil de bloc se réunit 2 fois par an.

La validation de l'administration des traitements en SSPI n'est pas conforme. Les prescriptions médicales sont informatisées en temps réel; pour autant, en SSPI, les IDE ont recours à une traçabilité papier sur la fiche d'anesthésie, cette pratique nécessitant un recopiage de la prescription par la soignante. Cette non conformité a été modifiée au cours de la visite sous l'autorité de la pharmacienne mais cette modification de pratique reste à conforter dans le temps.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux IQSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre d'interventions totale et par bloc), de performance (taux d'utilisation des vacations, taux d'occupation des vacations, taux de retard, taux de dépassement), ressources humaines (effectifs). Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés dans l'établissement (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitovigilance, bionettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list), et des EPP. Les évènements indésirables spécifiques au bloc opératoire (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et analysés par le service qualité et selon la nature par le Conseil de bloc voir en RMM. Les éléments issues de ces analyses permettent l'élaboration d'un bilan des performances : synthèse des résultats du management de la qualité reprenant sur un tableau de bord, le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action est assuré régulièrement par la cadre du bloc secondé par les copilotes. Les données du bloc opératoire sont, comme celles des autres secteurs d'activité de l'établissement, analysées lors des conseils de bloc tous les mois. L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée. Des

ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations.
La communication des résultats et actions est réalisée en interne, auprès des professionnels. Les tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels des services sur le site internet sécurisé. Les résultats des IQSS sont transmis aux personnels. Des PA ont été mis en place comme la procédure "bouton rouge" actualisée, la régulation des urgences, l'harmonisation des fiches de liaisons, et de programmations, avec les intervenants externes, les protocoles d'instruments (boites) et d'anesthésie.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne se sont pas tous appropriés le dispositif de gestion des événements indésirables. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels est peu réalisé.	26a

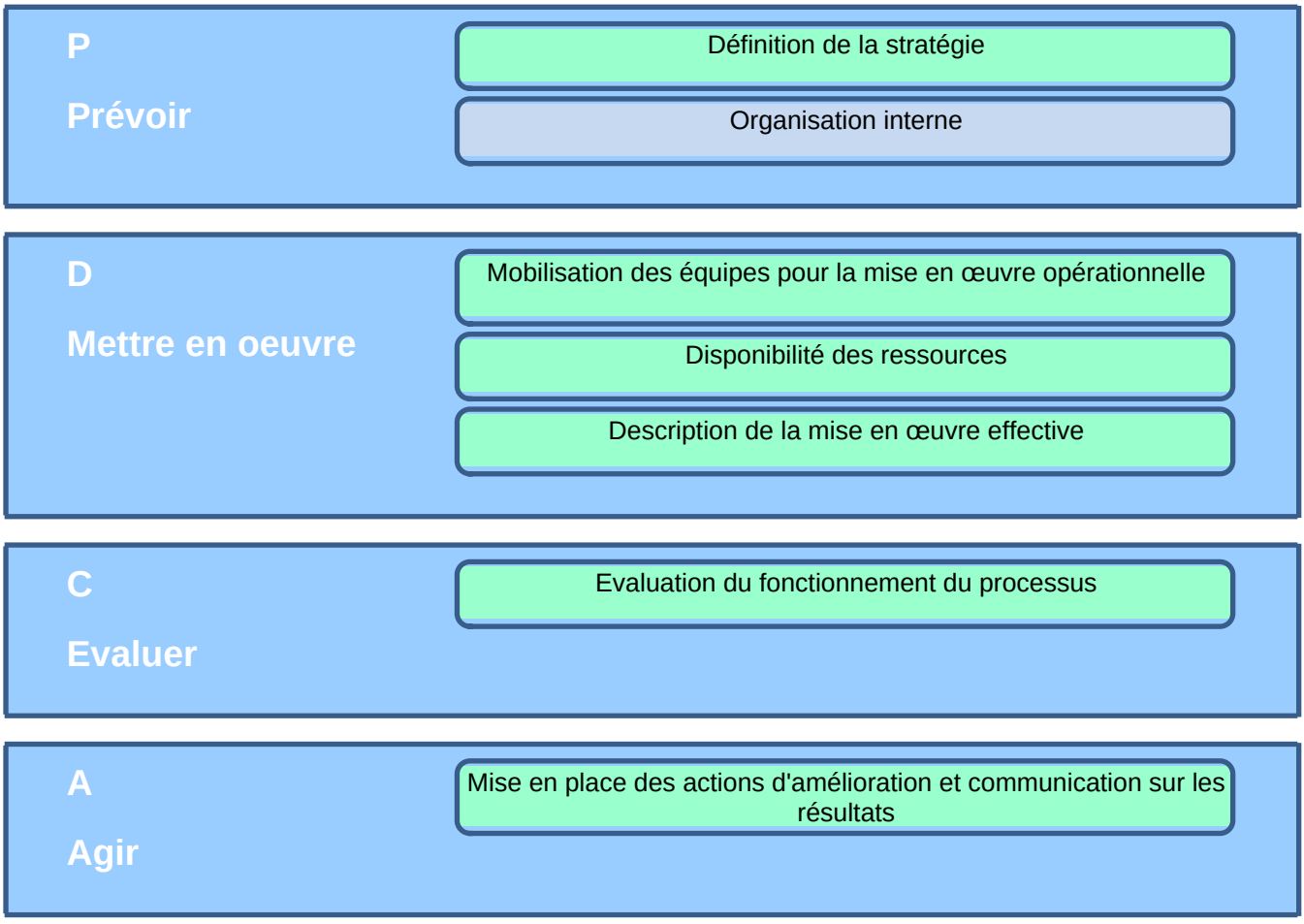
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
On retrouve la politique du secteur de radiologie interventionnelle dans la Convention de fonctionnement de la fédération d'imagerie entre Armentières et Hazebrouck et dans le projet d'imagerie médicale 2013-2017. De plus, la politique qualité du secteur de radiologie interventionnelle s'inscrit dans la politique de prise en charge au bloc opératoire et du scanner. Des règles spécifiques sont déclinées du point de vue réglementaire et de sécurité des patients. L'analyse des risques a été réalisée dans le cadre de l'analyse au bloc opératoire ainsi que de celle du secteur de radiologie à la suite de la précédente visite de certification et à la mise en place généralisée de la cartographie des risques par secteurs d'activités. Ces analyses sont incluses dans les cartographies des risques des services concernés. Par ailleurs, un plan d'actions d'amélioration a été mis en œuvre pour répondre aux observations de l'ASN suite à l'inspection du 13/08/2014. La déclaration des sources a été transmise à l'IRSN. Une cellule de radioprotection est en place. Un PAQS "imagerie interventionnelle" est en place.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du dispositif est assuré par le Médecin radiologue délégué du CH d'Armentières dans le cadre de la fédération, d'une PCR, du cadre du service de radiologie et du bloc. Une manipulatrice radio assure la mission de PCR avec l'aide de référentes au bloc opératoire (IBODE formée) ; cette organisation permet la présence en continu d'une personne chargée du suivi de la radioprotection du personnel. L'une est chargée plus spécifiquement du bloc opératoire, l'autre est responsable de l'imagerie médicale. Leurs missions sont identifiées dans leurs fiches de poste. La radioprotection des personnels est conforme aux attentes de la réglementation. L'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles et documentaires. La fédération permet de mettre à disposition de jour d'un radiologue sur place et de nuit et en garde un radiologue qui interprète les examens urgents du scanner en particulier pour la filière neuro-vasculaire. Après 18h, en semaine et le weekend, une astreinte opérationnelle est en place par un manipulateur radio qui communique avec le radiologue d'astreinte. Les injections sont réalisées sous la responsabilité et la présence d'un urgentiste sur place de manipulateurs et IDE. Comme le prévoit la réglementation, des fiches de poste ont été réalisées, elles déclinent pour chaque type d'intervention les règles d'utilisation de l'équipement radiogène, la position des différents professionnels et les paramètres d'exposition à envisager pour optimiser les doses. Les fiches individuelles d'exposition ont été réalisées, elles sont communiquées au médecin du travail. Le Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM) est diffusé pour informer les personnels concernés de ces dispositifs. Un registre de dosimétrie opérationnelle est également mis en place pour les intervenants il est relevé par la PCR et adressé hebdomadairement à l'ISSN. Les formations réglementaires, notamment pour la radioprotection, les formations aux gestes d'urgences, sont réalisées. Les formations telles que les formations au respect des règles d'identitovigilance, de même que des informations sur le risque infectieux sont dispensées avec l'EOH. Les nouveaux arrivants dans ce secteur sont tutorés. Les interfaces avec les différents services de l'établissement sont opérationnelles. La maintenance des matériel est assurée par les fournisseurs, le biomédical et le cadre du service de radio.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu des risques et besoins, les responsables (cadres et praticiens) du secteur de radiologie interventionnelle organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation au sein du bloc opératoire d'une part et au sein du service de radiologie d'autre part. La participation des acteurs à cette démarche est effective. Les pratiques professionnelles médicales mettent en application les recommandations des sociétés savantes. Les formations à la radioprotection des personnels et à la radioprotection des patients sont mises en œuvre. Les doses patients issus directement de l'amplificateur de brillance, sont tracées dans le compte-rendu opératoire et analysées en équipe et éventuellement avec la radio physicienne; les passeports (dossier patient externe) contiennent également les doses patients et les consignes de surveillance en cas de complications. Les événements indésirables sont signalés et analysés en lien avec le service risques et vigilances, les PCR et le radiophysicien. Les circuits de prise en charge sont identifiés.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les équipements disposent de programmes de réduction de dose depuis 2015. Les utilisateurs ont été formés à leurs utilisations. Le matériel est adapté à la réalisation des actes de radioguidage :pose de chambres implantables. Les EPC (équipement de protection collective) et les EPI (équipement de protection individuel) sont en place. Les équipements individuels de protection disponibles sont adaptés

à l'activité (tabliers, cache-thyroïde, lunettes de protection). Les modalités de vérification et de maintenance des équipements sont élaborées en concertation avec le service biomédical et les fournisseurs de matériel qui intervient annuellement au bloc pour un complément de formation. Les procédures décrivant les conditions de réalisation des activités et actes interventionnels réalisés avec utilisation des Rayonnements Ionisants prennent en compte les modalités spécifiques (Recherche bétaHCG chez les jeunes femmes avant tout examen). Au niveau du scanner interventionnel, le parcours externe du patient est formalisé. Les règles d'accès à ce secteur protégé sont définies et respectent les recommandations en matière de prévention du risque infectieux. Les formations des manipulateurs radio sont réalisées en externes et la PCR à la formation interne des IBODE. Les chirurgiens intervenants au bloc (orthopédiste, urologue) sont formés dans leurs centres respectifs dans le cadre de la convention inter-hospitalière (Armentières, St Philibert). Le local de ponction (type 1) est conforme en matière d'hygiène et la procédure validée par l'EOH.
La formation à la radioprotection des patients (arrêté du 18 mai 2004) n'est pas généralisée à tous les praticiens utilisateurs Deux utilisateurs du bloc n'ont pas répondus à la demande de formation de la radioprotection (ampli de brillance) lors des cholangiographie et pose de PAC. Les deux chirurgiens ont bénéficié de cette formation en juin 2018 - après la visite des experts-visiteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités tient compte de l'activité programmée. Cette régulation est coordonnée entre les cadres et les praticiens. La fiabilisation du contrôle de l'identité est assurée à chaque étape de la prise en charge. La check-list spécifique à la radiologie est utilisée pour chaque intervention programmée au scanner. Les délimitations des zones réglementées sont en place. L'affichage obligatoire est situé en entrée de zone. Les professionnels bénéficient de la dosimétrie réglementaire et les équipements de protection collectifs et individuels sont utilisés. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le port des équipements de protection individuels et collectifs est conforme aux exigences de la réglementation. Les dispositifs médicaux implantables sont délivrés par la PUI et leur traçabilité est assurée dans le respect de la réglementation, il en est de même des médicaments spécifiques à cette activité. Les procédures de prévention de l'hygiène et de respect des règles d'asepsie sont connues et appliquées. Les comptes-rendus des investigations et actes thérapeutiques sont intégrés au dossier du patient et comportent le report des doses délivrées. La traçabilité des doses délivrées aux patients est analysée de manière globale pour chaque procédure à risque, par la PCR. Les niveaux d'exposition individuels des professionnels sont suivis et analysés par le service de santé au travail et les PCR pour les résultats de la dosimétrie opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par les pilotes des processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord) élaborés par les cadres responsables et PCR. Les résultats sont communiqués aux pilotes du processus et à la direction qualité et gestion des risques, au conseil de Bloc. La dosimétrie des personnels sont analysées par les PCR et le médecin du travail. Un bilan annuel globalisé est adressé à la direction, en CME et présenté en CHSCT. Le respect du port des équipements de protection par les professionnels, en zone réglementée, est évalué. Le tableau de suivi des contrôles réglementaires est présenté à la Cellule de radioprotection et communiqué à la direction. Il est disponible pour les organismes de contrôle. De nombreux indicateurs sont pris en compte. 2 EPP successives ont été réalisées depuis 2011.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Ces actions sont identifiées par le radiophysicien. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et alimentent le compte qualité. Les actions prioritaires visent à réduire les risques propres aux interventions notamment au niveau du risque infectieux, à l'exposition aux rayonnements ionisants et à l'erreur d'identité. Ces actions sont mises en œuvre. Une EPP a été conduite dans ce secteur d'activités, elle a permis de mettre en place des actions, de rappeler les règles de bonnes pratiques, de déterminer une norme de référence. Ces actions, certaines récentes, ont fait l'objet de communication : CME, fédération des radiologues. La mise en place du passeport est le fruit d'une réflexion collective aboutie.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La formation à la radioprotection des patients (arrêté du 18 mai 2004) n'est pas généralisée à tous les praticiens utilisateurs Deux utilisateurs du bloc n'ont pas répondus à la demande de formation de la radioprotection (ampli de brillance) lors des cholangiographie et pose de PAC. Les deux chirurgiens ont bénéficié de cette formation en juin 2018 - après la visite des experts-visiteurs.	26b

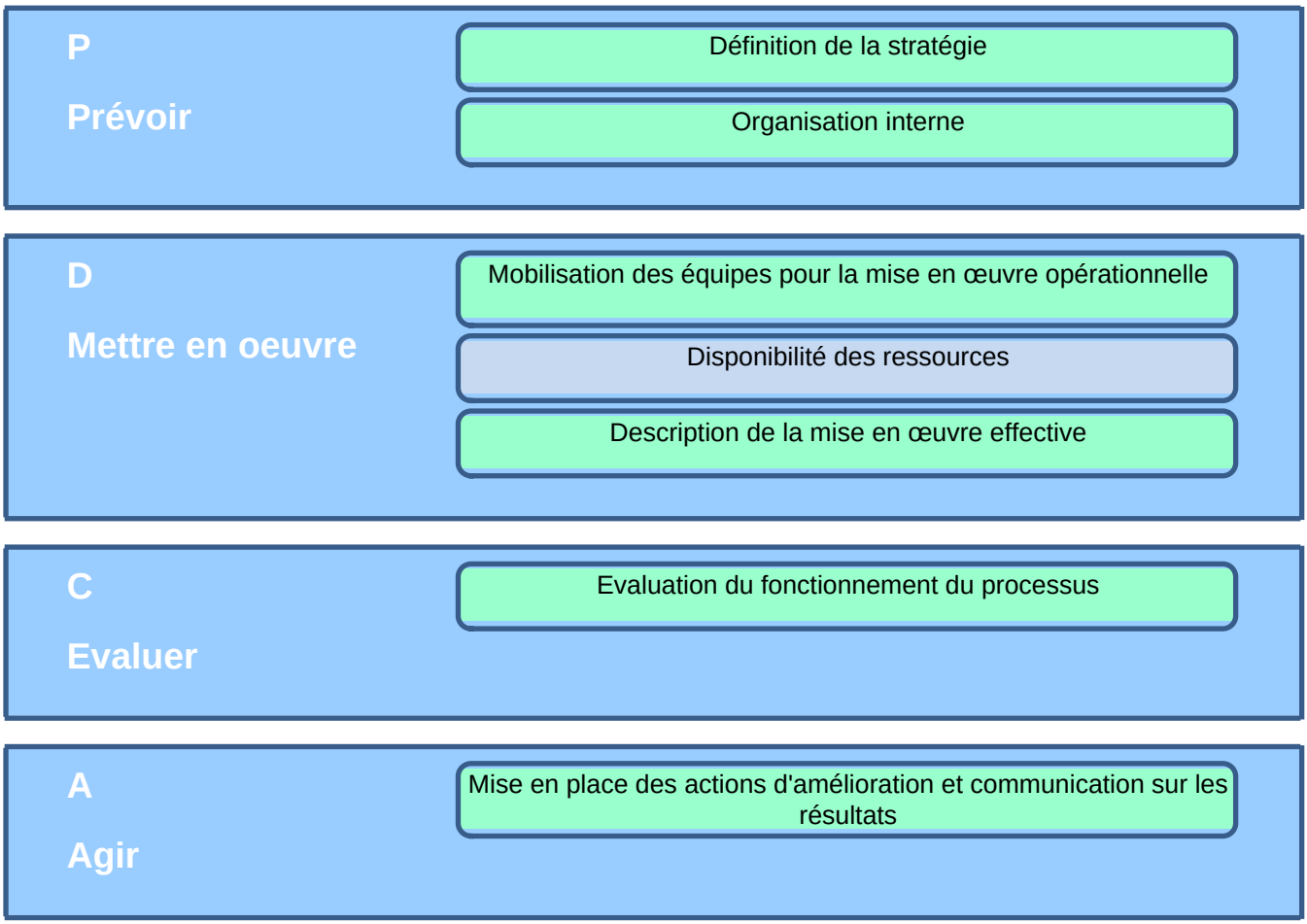
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Plusieurs types d'endoscopie sont réalisés : endoscopies digestives, bronchiques, urologiques et gynécologiques. Cette activité est réalisée dans le bloc ou dans une salle dédiée. L'activité principale proposée est l'endoscopie digestive diagnostique et interventionnelle. Le traitement des endoscopes est centralisé près du bloc. La stratégie concernant le secteur est inscrite dans le projet médical 2012-2017. Le projet médical est en cours de révision avec notamment comme axe stratégique le développement de l'ambulatoire. Une cartographie des risques a été initiée en 2013 à partir des risques sur les secteurs de gastroentérologie et pulmonaire. Une réévaluation a été réalisée en 2016 avec modifications en 2017 suite au déménagement dans les nouveaux locaux. Ces risques ont été identifiés avec les professionnels de santé, avec l'Unité de Prévention du Risque Infectieux Associés aux Soins (UPRIAS) et le service Qualité. Concernant l'activité urologique et l'activité gynécologique, réalisées au bloc, sans traitement des endoscopes dans la salle dédiée (stérilisation), la prise en compte des risques est intégrée à la cartographie des risques du bloc opératoire. L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisés au regard notamment de l'audit de processus organisé en 2015, des recommandations nationales, des réglementations. Les risques sont hiérarchisés selon une démarche institutionnelle, formalisés dans un programme d'actions endoscopie intégré à celui de l'établissement avec 1 action inscrite au Compte Qualité.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a identifié les pilotes du processus : le médecin gastroentérologue et la cadre de santé responsable de l'endoscopie, de la Médecine et consultations, avec comme copilotes, l'équipe de l'UPRIAS dont l'IADE, référente pour cette activité. Une lettre de mission envoyée aux pilotes définie leurs rôles et l'équipe qualité est en soutien méthodologique. Les pilotes travaillent avec l'équipe IDE et AS dédiée à l'activité pour mettre en œuvre le programme. Le cadre est chargé de la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient. Les missions et responsabilités de chacun sont formalisés dans des fiches de poste et fiches de tâches. Un règlement de fonctionnement décrit l'organisation de l'activité d'endoscopie (digestive et bronchique). L'organisation des endoscopies urologiques et hystéroscopies sont sous la responsabilité du cadre du bloc opératoire, responsable hiérarchiquement de l'équipe de stérilisation. Les organisations des secteurs prévoient la mise à disposition de ressources humaines. L'activité du secteur est programmée du lundi au jeudi avec organisation pour urgences uniquement si besoin le vendredi. Afin de réguler l'activité, une organisation est en place avec un planning informatisé et des règles de programmation entre secrétariat et IDE d'endoscopies. L'établissement dispose d'un laveur désinfecteur et d'une enceinte de stockage/séchage des endoscopes. En plus de l'intégration par compagnonnage, des formations des professionnels sont programmées et réalisées par une société extérieure pour IDE et AS. Des formations sont organisées également en interne en lien avec l'IADE de l'UPRIAS. La gestion documentaire est informatisée avec mise à disposition de protocoles tels que le traitement manuel et semi-automatique des endoscopes. La gestion des interfaces est organisée avec les services cliniques et également les services médicotechniques (équipe d'hygiène, biomédical et services économiques). Des supports de consentement sont disponibles. Le dossier patient est papier avec accessibilité au dossier patient informatisé si le patient est hospitalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Le management opérationnel mobilise et sensibilise les professionnels autour de la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques. Le personnel, équipe IDE et AS dédiée, connaît les risques spécifiques à sa spécialité (risque septique, risques d'identitovigilance…). Des points qualité sont organisés entre l'ingénieur qualité et le cadre pilote du processus. Le cadre informe l'équipe des résultats d'audit et sensibilise sur les objectifs en réunion d'équipe, par mail et avec affichage. Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et autres documents. Les évaluations type patient traceur sont organisées au sein du CH d'Hazebrouck et 1 patient traceur en endoscopie ambulatoire a été réalisé en septembre 2017.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les compétences et effectifs des professionnels médicaux et paramédicaux sont disponibles. Les professionnels sont formés au traitement des endoscopes ainsi qu'au risque infectieux liés à leur utilisation. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés par compagnonnage. Les protocoles et documents utiles sont disponibles dans la GED. De nombreux protocoles ont été actualisés. Des

documents d'information du patient sur le geste réalisé sont disponibles. Le programme d'endoscopie est disponible. Il est géré par l'IDE et imprimé pour l'AS. Les opérations de maintenance sont réalisées et tracées. Les équipes disposent des informations nécessaires pour la prise en charge du patient. L'unité de traitement des endoscopes (UTE) est opérationnelle dans des nouveaux locaux depuis mars 2017, elle est attenante à la salle d'examen. Les matériels de protections sont à disposition des professionnels. Un chariot d'urgence est opérationnel dans le bureau voisin, en ophtalmologie. La salle UTE, en marche en avant, comprend 1 LDE, des bacs conformes pour le prétraitement et désinfection des endoscopes et 1 ESET qualifiée pour 72h. Le nombre d'endoscopes est adapté à l'activité. L'ensemble du traitement des endoscopes est tracé informatiquement et les tickets de traçabilité archivés. La salle UTE est ventilée et il existe une extraction des vapeurs de l'acide per acétique sous les cuves.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie pour leur secteur. Le transport des endoscopes jusqu'au bloc est réalisé dans des contenants spécifiques selon l'état propre/sale (armoires ou bacs dédiés fermés) par les AS du service. Les endoscopies programmées sont planifiées à la semaine et au quotidien afin de réguler l'activité et assurer la sécurité de prise en charge du patient. Lors de la prise en charge du patient, son identité est systématiquement vérifiée, et la check-list « sécurité du patient » est mise en œuvre et tracée. Pour les actes sous anesthésie générale, les consultations pré anesthésiques et le suivi post anesthésique sont réalisés. Pour les endoscopies réalisées en ambulatoire, un classeur papier est réalisé pour le patient par l'IDE d'endoscopie. La salle d'examen, comme le bloc, dispose d'une traçabilité d'ouverture de salle, ainsi que la traçabilité de l'utilisation de la salle d'examen (ex : saignées). Les DMI sont tracés sur papier avec renouvellement par la pharmacie et tracée informatiquement dans le logiciel de stock pharmaceutique. Les demandes d'examens sont comme le reste du dossier sous forme papier ; les bons de prescription sont de différentes couleurs suivant le type d'endoscopie. Le statut ATNC est renseigné dans le dossier. Les check List endoscopie digestive et bronchique sont utilisées. Chaque endoscope est identifié et dispose d'un classeur avec l'ensemble de la traçabilité. Les contrôles environnementaux tels qu'hygiène, qualité de l'air, eau et surfaces sont tracés avec notamment intervention de l'UPRIAS. La traçabilité des actes est réalisée. Les professionnels sont sensibilisés sur la nécessité de réduire les délais entre le prétraitement et le nettoyage. L'UCA a une organisation évaluant « l'aptitude à la rue ». Les documents nécessaires au suivi du patient sont remis dans les services dont les comptes rendus d'endoscopie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont réalisées. Un audit a été réalisé sur le 2nd semestre 2017 afin d'évaluer la tenue des dossiers patients en endoscopie pour le bronchique et digestif, concernant les services de Médecine, le plateau d'endoscopie, la chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire. La satisfaction « patients » spécifique pour l'activité a été évaluée en 2017 (avec comparaison des résultats de 2012). La fréquence d'audit est définie dans le règlement de fonctionnement de l'endoscopie. L'encadrement effectue le suivi de l'activité (quantitatif) et communique ces résultats à l'équipe d'endoscopie et de chirurgie ambulatoire.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Depuis cette année, en plus du suivi des actes, sont tracées les non conformités ayant nécessité une remise en cause ou récusation par l'opérateur comme une préparation inadéquate du patient, l'absence d'arrêt de certains traitements médicamenteux ou le fait que le patient ne soit pas à jeun… Un plan d'action spécifique au secteur a été élaboré en relation avec le PAQSS institutionnel. L'ajustement des actions d'amélioration en lien avec les professionnels concernés et l'équipe qualité est réalisé. La communication auprès des professionnels et des usagers est réalisé via le PAQSS institutionnel.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

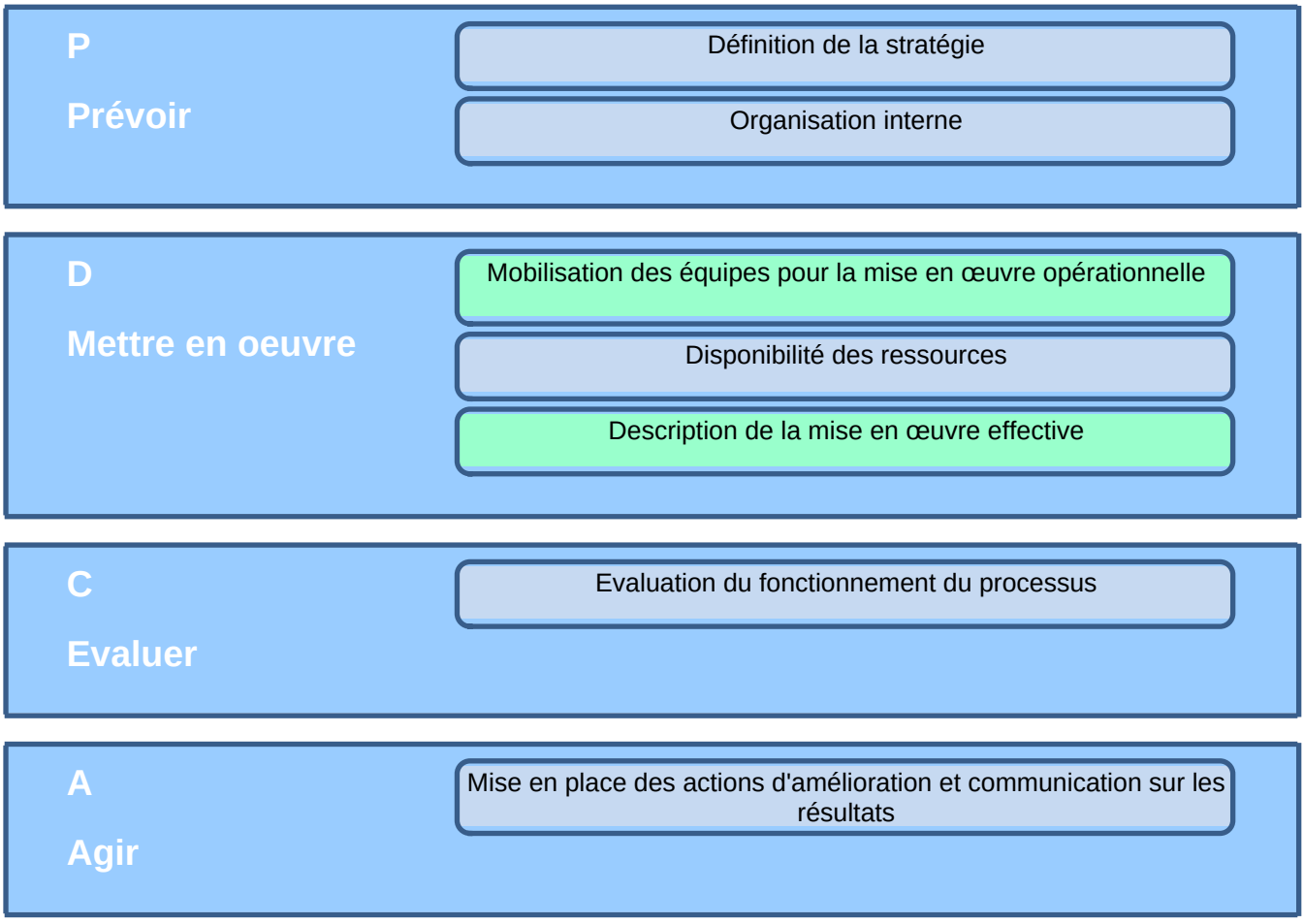
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La maternité est située dans le bâtiment principal en continuité du bloc opératoire. Les vérifications terrain ont été réalisées dans tous les services du secteur de naissance : accueil, espace prénatal, 3 salles de naissance dont une "nature" avec une baignoire, 2 salles de travail, 2 salles de réanimation pour les nouveau-nés ; le secteur d'hospitalisation de suites de couches en chambre particulière. La maternité, dans son projet d'établissement et de service, a identifié et formalisé ses besoins et orientations stratégiques en prenant en compte les missions et le niveau de risque fœto-maternel d'une maternité de niveau 1 et participation à la politique de transfert materno-fœtaux inter-hospitaliers avec Armentières et Lille. Les sources de données utilisées pour l'identification et l'analyse des risques du secteur de naissance relèvent de la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement de 2015 : identification des risques a priori par cartographies (10) avec développement 2016-2017, d'une part du parcours et des différentes étapes de la prise en charge de la future maman (processus grossesse-suites de couches, bloc obstétrical), d'autre part celui du nouveau-né (processus néonatalogie), prenant en compte les différents circuits, les situations à risques materno-fœtales, les risques transversaux. La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables. L'élaboration du Compte Qualité en 2017 réalisée dans le cadre d'un projet évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels a permis la priorisation des risques. Le service a réalisé sa propre démarche qualité processus avec la participation des acteurs de terrain. Le programme d'actions préventives et de surveillance, formalisé, priorisé, unique est validé par les instances. Il est porté à la connaissance de l'ensemble des personnels et des praticiens lors des réunions (service, dossiers, planning) et dans l'espace professionnel sécurisé. Le Compte qualité est articulé avec le PAQSS.
ORGANISATION INTERNE
L'organisation du pilotage du management du secteur de naissance est formalisée dans une charte de bloc obstétrical, disponible sur l'espace professionnel sécurisé du site internet, validée par le Conseil de bloc et la Commission Service de Soins Infirmiers. Elle détermine les modalités de prise en charge des patientes selon les différentes filières, les circuits de transferts, le pilotage du plateau technique, établit les responsabilités, la gestion des risques et des vigilances. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées et accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Le chef de service, la sage-femme cadre du service et 2 autres sages femmes, pilotent le processus, régulent les activités, assurent le coordination et le respect des règles de la charte. Ils mettent à disposition les moyens humains et matériels nécessaires. Les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée selon la réglementation. Le service d'obstétrique fonctionne en auto-suffisance mais il a recours à un partenariat avec le GHICL (convention) pour l'anesthésie et Armentières pour les pédiatres. Les procédures d'urgence et de transferts sont déployées. Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent. Les actions de formation sont planifiées et intégrées dans le plan de formation global. Elles sont assurées en interne ou en externe. L'établissement ne recourt pas à l'intérim. Les procédures opérationnelles concernent le management des risques, les procédures techniques et celles liées aux processus interventionnels. Les locaux de la salle de naissance sont conformes à la réglementation. L'organisation des circuits de prise en charge en cas d'infection de la maman ou du bébé est formalisée. Les mesures sont prévues pour l' hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux, la maintenance préventive et curative des infrastructures. Les ressources matérielles sont disponibles en salle de travail. Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux. La maintenance préventive et curative est effective. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée. Une procédure d'alerte (code rouge) est opérationnelle avec une régulation assurée par la SSPI du bloc central et la possibilité "in fine" de pratiquer une césarienne en extrême urgence dans une salle de travail, équipée du matériel anesthésique (cette situation a été simulée mais ne s'est jamais produite). Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Des formulaires papiers d'enregistrement assurent la traçabilité des différentes étapes et des intervenants : partogramme et compte-rendu d'accouchement intégré au dossier obstétrical, cahier de traçabilité du bloc obstétrical. Cette fiche est commune à tout le réseau Ombrel néo-nat. Une fiche de liaison entre les services de soins et le bloc opératoire (validation dossier patiente et soins avant bloc césarienne) intègre fiche liaison pour la préparation de la patiente, de son identité et de son dossier. Le système d'appel en urgence du personnel du bloc obstétrical est opérationnel. Les interfaces sont organisées et opérationnelles. La gestion des produits sanguins labiles est assurée par les urgences (dépôt) avec une procédure de distribution en urgence. Les interfaces sont organisées avec les secteurs logistiques : linge, déchets, transports intra-hospitaliers (pool de brancardiers), service technique et biomédical (procédures d'intervention et de maintenance), et les secteurs administratifs (registre des accouchements et des

naissances, signalement des évènements indésirables).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le secteur de naissance a identifié ses besoins et ses risques, le programme d'actions préventives et de surveillance établi dans le cadre des revues de services est mis en œuvre. La sage-femme cadre du service communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établie lors des réunions de service bi annuelles et lors des staffs mensuels . Elle sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. Le recueil et l'analyse des évènements indésirables par les professionnels reste modeste. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les activités sont évaluées périodiquement. La cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs. Les résultats sont communiqués aux équipes et les indicateurs et les évaluations sont visibles sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans le secteur. Les ressources humaines sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins et assurer la continuité de la prise en charge en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés avec le recours aux conventions partenariales (St Philibert, Armentières). Un planning permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. Un MAR est toujours disponible 24/24 et présent en astreinte ou sur place. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont organisées et diffusées sur le site internet de l'établissement. Un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre sont, conformément à la réglementation, d'astreinte tous les jours, week-end et jours fériés, le tableau d'appel avec numéro codé est disponible. Un tableau de vacations des praticiens est régulièrement actualisé. Les professionnels sont formés, notamment à la réanimation néo-natale. Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé sur tous les postes informatiques de l'établissement. Ils sont affichés sous forme d'algorithme en salle de travail et au bloc pour les urgences obstétricales (césarienne en urgence, prévention de l'hémorragie du post partum) ou néonatales (réanimation). Ils couvrent toutes les situations : procédures d'hygiène, prévention des risques professionnels notamment les AES, préparation salles d'accouchement et salle de césarienne, bio-nettoyage des salles et des matériels, stérilisation des dispositifs médicaux, prise en compte du risque ATNC, gestion des déchets et du linge, procédures de prise en charge d'une patiente au bloc obstétrical, soins au nouveau-né, procédure générale de soins, protocoles analgésiques, check-list HAS pour la «sécurité césarienne»... Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la patiente (dossier obstétrical, examens complémentaires). Les patientes disposent dans la première partie du dossier obstétrical de documents d'information (préparation à la naissance, consignes de soins, séjour) et les consentements aux soins. Les salles de travail, la salle de césarienne, la SSPI, la salle de soins intensifs sont adaptées, contrôlées et entretenues. Le matériel, le linge, les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les équipements en panne sont remplacés. L'approvisionnement en médicaments et DMI est organisé avec un système d'approvisionnement «plein-vide» permettant de répondre aux besoins. Le matériel d'urgence vitale est disponible. Les postes informatiques sont accessibles, sécurisées par droit d'accès en fonction des professions.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les organisations définies pour le fonctionnement sont mises en œuvre et confirmées par les données issues de la patiente rencontrée dans le cadre du patient traceur. La prise en charge est coordonnée et s'effectue selon l'organisation connue : vérification de l'identité, évaluation initiale à l'admission, consultation du dossier obstétrical, examen d'entrée clinique et obstétrical, surveillance clinique et paraclinique du travail, analyse du tracé du rythme cardiaque fœtal (RCF), analgésie obstétricale conforme au protocole, surveillance de l'accouchement et de la délivrance tracée sur le partogramme, soins et protocole d'identification du nouveau-né, puis transfert du nouveau-né et de sa mère dans le service de suites de couches. La coordination des personnels est effective, les effectifs du personnel sont en adéquation avec le planning, la continuité des soins est assurée. Les pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont mises en œuvre. Les circuits établis sont respectés. L'accueil des urgences est assuré la nuit et les WE. Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des parturientes. Les consultations de fin de grossesse et les déclenchements sont organisés et programmés. Les césariennes sont programmées dans une fiche de réservation prévisionnelle et planifiées dans le programme opératoire à l'aide du logiciel du bloc dédié. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles en interne ; en externe, une procédure et une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique organise le transfert materno-foeatal et/ou du nouveau-né dans une autre structure du réseau Périnatalité Nord. La traçabilité des actes

et activités réalisées est opérationnelle, incluant les vérifications effectuées. Les sages-femmes vérifient et tracent la présence et la fonctionnalité du matériel dans chaque salle à chaque nouvelle entrée d'une parturiente. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé. Le matériel d'urgence vitale est vérifié et opérationnel. La traçabilité des intervenants et des actes est réalisée dans le cahier des salles de naissance. L'examen d'entrée, la consultation pré-anesthésique, l'évolution du travail, le partogramme, le compte-rendu d'accouchement, le suivi per-anesthésique, la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance sont tracés dans le dossier obstétrical. La check-list sécurité césarienne est en place et tracée. La sortie du secteur de naissance ou de SSPI est validée après examen de l'accouchée, horodatée et tracée. La traçabilité des soins du nouveau-né est assurée, le carnet de santé est renseigné. La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux appliqués. Les réunion de service, de revue de dossiers et de planning, réunissent les cadres et les personnels concernés pour la diffusion de l'information des secteurs d'activité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure l'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs en salle de naissance. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux QSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire, prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat, surveillance en salle de naissance...), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre de patientes, nombre de naissances, de césarienne (programmée ou non, des transferts...), ressources humaines (effectifs), suivi des activités de l'espace prénatal (échographies, prise en charge spécifique). Les indicateurs proviennent des EPP satisfaction en maternité, et parcours patient). Les éléments issus de ces analyses permettent l'élaboration d'une actualisation des PA : synthèse des résultats du management de la qualité des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'état d'avancement des actions d'amélioration engagées (échéance, date de réalisation).

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Depuis 2016, mise à jour des dotations en médicament au bloc notamment le fibrinogène, protocole sur la prévention de l'hémorragie de la délivrance, stock de fibrinogène mise à disposition du matériel de dépistage du streptocoque B par PCR, procédure Ocytocine actualisée, traçabilité renforcée pour la mesure des IQQS, procédure "bouton rouge"... Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action est assuré régulièrement par la cadre sage-femme. L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée chaque année par les pilotes du processus. Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations. Les organisations et actions mises en place sont partagées avec les autres établissements du groupe.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

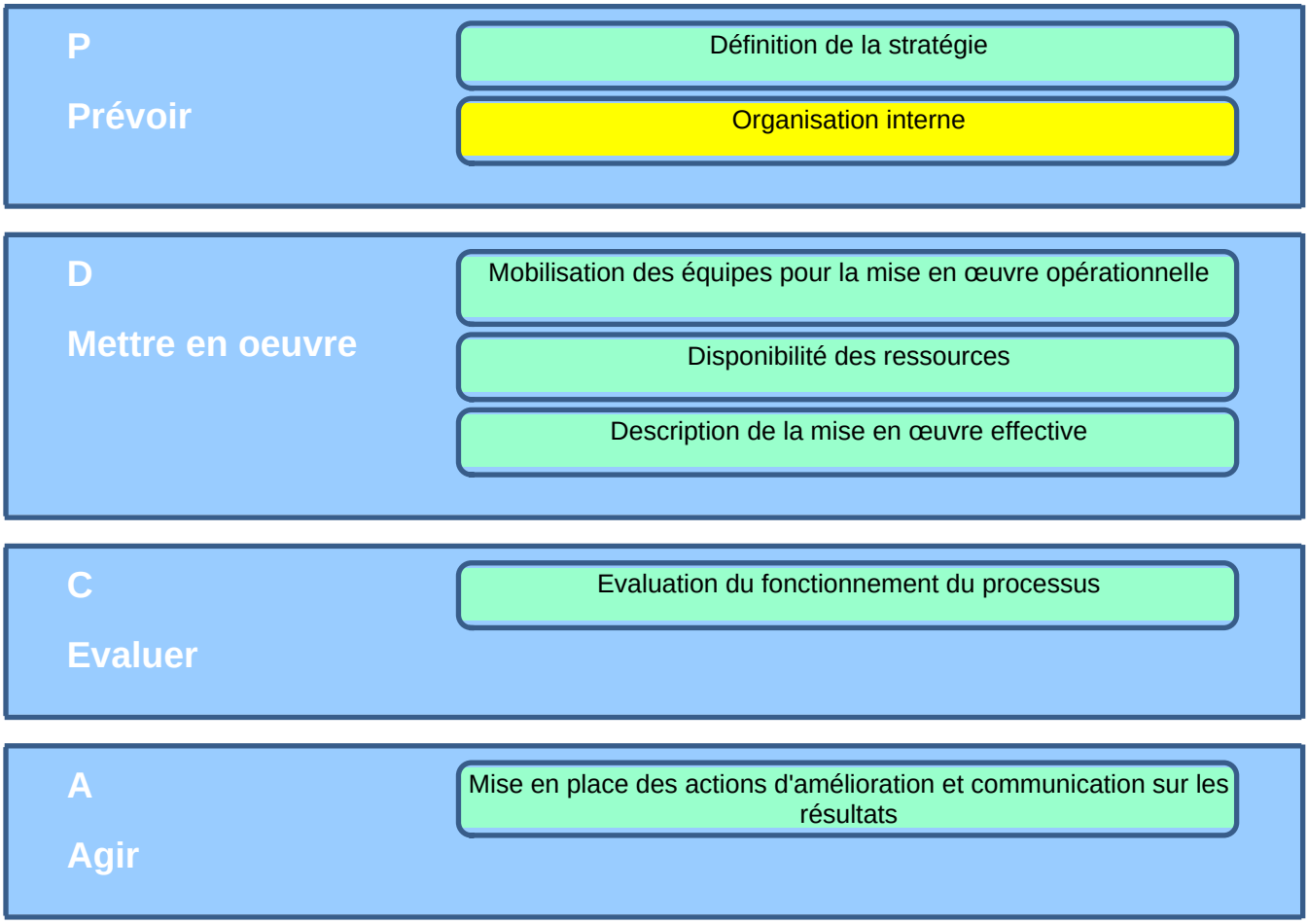
1. Caractérisation générale

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'optimisation du processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient est un des objectifs définis dans le volet soins du projet d'établissement 2013-2017 du Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Il est décliné en plusieurs actions autour de la coordination et de l'échange avec les professionnels libéraux, l'amélioration de la prise en soins du patient concernant le matériel à disposition. L'analyse des risques du processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient a été réalisée en 2015 par le pilote en lien avec certains professionnels de l'Hospitalisation à domicile (HAD) à partir d'un audit global du processus. Ces risques prioritaires sont adossés à des plans d'actions, en lien avec le PAQSS et le compte qualité.
ORGANISATION INTERNE
Les pilotes du processus ont été nommés par la directrice et le Président de CME en avril 2015, avec une lettre de mission. Les rôles et responsabilités des différents professionnels sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste. Les rôles et responsabilités des prestataires sont définis dans les cahiers des charges. Les besoins en locaux et matériels sont définis. Un règlement de fonctionnement de l'HAD est en cours de formalisation pour préciser les principes généraux de fonctionnement tels que l'organisation et les obligations des intervenants ainsi que les interfaces. 3 conventions sont signées avec des prestataires d'équipements avec une assistance téléphonique 24H/24 en cas de problème technique. D'autres prestataires assurent aussi les approvisionnements et réalisent les livraisons au domicile du patient. L'HAD dispose d'un stock de matériel dont la maintenance est assurée par le biomédical. Le reste des dispositifs médicaux est fourni par la PUI pour une semaine. La pharmacie dispense les dispositifs médicaux avec les médicaments tous les jours et en fonction des demandes. Le matériel part dans des caisses fermées. Toutefois, il n'existe pas de formalisation de la gestion globale du matériel. En effet, bien que le marché souscrit auprès des prestataires le prévoit et que les professionnels en ont eu connaissance oralement, cela n'est pas formalisé à l'attention du personnel intervenant au domicile du patient et notamment aux infirmières libérales (modalités d'évaluation du matériel nécessaire à l'état du patient, les modalités de préparation du matériel, les modalités de transport du matériel, les modalités d'approvisionnement en urgence, les solutions de substitution en cas de rupture d'un produit, l'organisation de la maintenance 24H/24 et 7J/7 pour les équipements majeurs...). Par ailleurs, l'établissement met à disposition du matériel issu de son stock. Il n'existe pas de consignes pour le rangement des produits médicaux et non médicaux fournis par l'HAD au domicile du patient ni de document de traçabilité des conformités de modalités de stockage des DM au domicile du patient ; l'HAD ne peut donc pas s'assurer systématiquement, ni formellement, que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus conformément à la réglementation notamment d'hygiène. Une fiche d'information sur le respect de l'hygiène, dont le matériel est transmis au patient dès son admission et signée par ce dernier. Il s'engage donc à respecter les conditions de stockage et d'hygiène du matériel mis à sa disposition. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas organisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande. Il existe quelques documents formalisés, présents dans la gestion documentaire électronique. Toutefois, les ressources documentaires ne sont pas toujours opérationnelles. En effet, les documents ne sont pas systématiquement à jour. Il a été retrouvé des documents datant de 2006/2007/2009 et dont la mise à jour n'est pas inscrite dans le programme d'actions : notamment la procédure sur l'organisation du signalement à ERDF pour les patients à haut risque vital, la gestion des déchets…). La procédure sur le signalement des patients à haut risque vital à l'ERDF est en cours de signature au moment de la visite de certification ; son actualisation est prévu au Compte Qualité et au PAQSS institutionnel. La nouvelle version de la procédure sur la gestion des déchets en HAD est en cours de signature au moment de la visite de certification. Des informations sur la mise à disposition du matériel sont disponibles dans le livret d'accueil. Au regard des objectifs poursuivis, les ressources humaines sont définies. Des formations sont prévues pour les professionnels et les nouveaux arrivants pour l'utilisation de certains matériels, notamment les pompes. Une IDE est d'astreinte. En cas d'urgence le soir et la nuit, elle est sollicitée et gère la situation. Cependant, la formation des professionnels libéraux à l'utilisation du matériel et des produits n'est pas formalisée ni tracée. En effet, les professionnels de l'HAD sont formés à l'utilisation du matériel et des produits mais les professionnels libéraux ne le sont qu'à leur demande et sans que cela ne soit tracée. Cette organisation ne permet pas à l'HAD de s'assurer d'une utilisation conforme du matériel à tout moment et par tous. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas réalisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande. Les soignants de l'HAD ont la possibilité de signaler les non conformités de matériels sur un cahier de liaison spécifique à destination des IDE coordinatrices.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu des risques et des besoins, le cadre de santé et les IDE coordonnateurs (IDEC) assurent la supervision de l'organisation. Elles sensibilisent les professionnels sur les risques et les dysfonctionnements lors des réunions de service. De plus les réunions de coordination pluridisciplinaires sont opérationnelles toutes les semaines sur la prise en charge des patients. Ces temps permettent aussi d'informer sur le processus et d'échanger sur les besoins en matériel et les réajustements en fonction de l'évolution de la pathologie. L'encadrement des unités et de la pharmacie informe les équipes des principaux risques identifiés sur la thématique par la formalisation de procédure. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus lors des réunions d'équipes ou lors des formations thématiques.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les effectifs sont partiellement adaptées à l'activité. L'équipe soignante bénéfice d'un pool de remplacement qui leur permet de s'adapter aux fluctuations d'activité mais pas l'équipe médicale qui ne dispose que de 0,5 ETP. L'effectif médical n'a pas été réajusté au regard de la montée en charge de l'HAD depuis l'année 2017 avec près de 50 patients par jour soit une augmentation de plus de 8% par rapport à l'année précédente. Une formation à l'HAD est proposée aux agents avant de les inscrire sur des tournées et des formations sont proposées lors de la mise à disposition de nouveaux équipements par le biomédical. Les ressources matérielles et locaux sont disponibles, adaptées et entretenues. Une flotte de véhicules est mise à la disposition des professionnels salariés, leur gestion est structurée. L'HAD dispose dans ses locaux d'une dotation regroupant des consommables soins, des DM et DMS ainsi que des petits matériels. Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est en place chez les prestataires pour le matériel fourni et en interne pour le matériel de l'HAD. Les outils informatiques sont en nombre et adaptés. Chaque soignant a une mallette de matériel. Tout le matériel à la prise en charge est disponible dès l'admission et réajusté tout au long du séjour. Le matériel nécessaire à la prise en charge du patient est disponible au domicile après une visite de pré admission assurée par l'IDEC. Il est fourni par la PUI et le ou les prestataires. La livraison du matériel est organisée en concertation avec l'IDEC de l'HAD et tracer par les IDE de l'HAD le premier jour de la prise en charge sauf si le matériel est déjà au domicile du patient.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Le risque de non disponibilité du matériel stocké par l'HAD a été identifié par les pilotes qui ont mis en place une fiche de traçabilité pour minimiser le risque. Les professionnels mettent en oeuvre les organisations définies avec la PUI ou les prestataires selon le type de matériel. Les patients reçoivent à leur admission un livret d'accueil spécifique HAD qui intègre l'information sur la gestion du matériel. La préparation à l'admission avec l'évaluation du besoin est réalisée par l'IDEC sur une fiche du dossier patient papier en tenant compte du matériel déjà présent, la commande du matériel auprès des prestataires est faite par la gestionnaire sur des bons de commande en fonction de catalogues de référence, les matériels ou dispositifs sont préparés par le prestataire ou l'IDE pour les dispositifs, la livraison du prestataire au domicile du patient est tracée avec sur un bon de liaison signé par le patient ou la famille pour le matériel, la livraison des dispositifs est réalisée par les IDE. Une réévaluation du besoin et un ajustement si besoin est réalisé au moins de façon hebdomadaire lors de la réunion de synthèse par l'unité de soins. Les patients sont informés sur l'utilisation du matériel. Un numéro d'appel unique est mis à la disposition du patient en en cas de panne ou d'alarme. A la sortie du patient de l'HAD, l'IDEC assure une visite de préparation de sortie et elle contacte le médecin traitant pour coordonner si nécessaire le matériel à laisser en place. L'approvisionnement en urgence du patient est assuré par l'HAD ou les prestataires selon les types de matériel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Il existe des actions d'évaluation du processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient comme la mise en place récente d'un relevé des dysfonctionnements constatés sur les équipements donnant lieu à une rencontre avec les prestataires annuellement. Une évaluation de la satisfaction du patient ainsi qu'un patient traceur sont réalisées annuellement en lien avec la direction qualité. L'établissement recueille annuellement des indicateurs qualité sur la tenue du dossier patient en HAD. Le bilan annuel de l'HAD 2017 intègre des indicateurs qualitatifs sur le suivi des matériels à domicile. Concernant l'analyse des événements indésirables au sein de l'HAD, l'équipe HAD dispose de l'outil de signalement institutionnel via le portail qualité. Lors de la rencontre, l'équipe pilote a indiqué que le personnel est régulièrement amené à corriger des situations générées par des événements indésirables lors de la prise en charge des patients. Toutefois, il n'y a pas de dispositif de pilotage s'appuyant sur des

indicateurs d'évaluation des processus. En effet, il apparaît qu'aucun événement n'ait été signalé et donc n'a pu faire l'objet d'une analyse des causes. Par ailleurs, il a été constaté qu'aucune démarche d'évaluation de la maintenance 24/24h et 7J/7J par l'HAD pour l'ensemble du matériel fourni, ni d'évaluation de la satisfaction des intervenants au domicile et des personnels HAD en lien avec les fonctions logistiques n'était réalisée.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS notamment la mise à jour du règlement de fonctionnement, la sensibilisation du personnel à la bon utilisation des inventaires et des cahiers de liaison… Lors de la visite, sur les 6 risques identifiés dans le compte qualité 2 sont finalisés. Un bilan d'activité annuel est réalisé et présenté aux instances de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Il n'existe pas de formalisation de la gestion globale du matériel. Bien que le marché souscrit auprès des prestataires le prévoit et que les professionnels en ont eu connaissance oralement, cela n'est pas formalisé à l'attention du personnel intervenant au domicile du patient et notamment aux infirmières libérales (modalités d'évaluation du matériel nécessaire à l'état du patient, les modalités de préparation du matériel, les modalités de transport du matériel, les modalités d'approvisionnement en urgence, les solutions de substitution en cas de rupture d'un produit, l'organisation de la maintenance 24H/24 et 7J/7 pour les équipements majeurs...). Par ailleurs, l'établissement met à disposition du matériel issu de son stock. Il n'existe pas de consignes pour le rangement des produits médicaux et non médicaux fournis par l'HAD au domicile du patient ni de document de traçabilité des conformités de modalités de stockage des DM au domicile du patient ; l'HAD ne peut donc pas s'assurer systématiquement, ni formellement, que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus conformément à la réglementation notamment d'hygiène. Une fiche d'information sur le respect de l'hygiène, dont le matériel est transmis au patient dès son admission et signée par ce dernier. Il s'engage donc à respecter les conditions de stockage et d'hygiène du matériel mis à sa disposition. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas organisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande.	6g
	PS	Les ressources documentaires ne sont pas toujours opérationnelles. Les documents ne sont pas systématiquement à jour. Il a été retrouvé des documents datant de 2006/2007/2009 et dont la mise à jour n'est pas inscrite dans le programme d'actions : notamment la procédure sur l'organisation du signalement à ERDF pour les patients à haut risque vital, la gestion des déchets…). La procédure sur le signalement des patients à haut risque vital à l'ERDF est en cours de signature au moment de la visite de certification ; son actualisation est prévu au Compte Qualité et au PAQSS institutionnel. La nouvelle version de la procédure sur la gestion des déchets en HAD est en cours de signature au moment de la visite de certification.	6g
	PS	La formation des professionnels libéraux à l'utilisation du matériel et des produits n'est pas formalisée ni tracée. Les professionnels de l'HAD sont formés à l'utilisation du matériel et des produits mais les professionnels libéraux ne le sont qu'à leur demande et sans que cela ne soit tracée. Cette organisation ne permet pas à l'HAD de s'assurer d'une utilisation conforme du matériel à tout moment et par tous. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas réalisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande. Les soignants de l'HAD ont la possibilité de signaler les non conformités de matériels sur un cahier de liaison spécifique à destination des IDE coordinatrices.	6b
D / Disponibilité des ressources	PS	Les effectifs sont partiellement adaptées à l'activité. L'équipe soignante bénéfice d'un pool de remplacement qui leur permet de s'adapter aux fluctuations d'activité mais pas l'équipe médicale qui ne dispose que de 0,5 ETP. L'effectif médical n'a pas été réajusté au regard de la montée en charge de l'HAD depuis l'année 2017 avec près de 50 patients par jour soit une augmentation de plus de 8% par rapport à l'année précédente.	6g
C / Evaluation du	PS	Il n'y a pas de dispositif de pilotage s'appuyant sur des indicateurs d'évaluation des processus.	6b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
fonctionnement du processus		Il apparaît qu'aucun événement n'ait été signalé et donc n'a pu faire l'objet d'une analyse des causes. Par ailleurs, il a été constaté qu'aucune démarche d'évaluation de la maintenance 24/24h et 7J/7J par l'HAD pour l'ensemble du matériel fourni, ni d'évaluation de la satisfaction des intervenants au domicile et des personnels HAD en lien avec les fonctions logistiques n'était réalisée.	

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Organisation interne	PS	Le dispositif de gestion des événements indésirables ne garantit qu'en partie l'analyse et le suivi de tous les événements récurrents. D'une part, il n'existe pas de procédure générale sur le signalement et la gestion et l'analyse des EI. 5 analyses approfondies des causes ont été réalisées en 2017 sur les 247 événements signalés. D'autre part, l'ensemble des EI signalés au sein de l'établissement n'est pas centralisé par la cellule qualité risques (coordination des risques), notamment les événements concernant les vigilances et les erreurs médicamenteuses qui sont directement adressés aux vigilants sans outil commun d'enregistrement, de signalement ni de hiérarchisation. Le logiciel de signalement et de suivi des EI en place permet l'exploitation statistique de certaines fiches de signalement mais pas de la totalité du fait de l'existence de fiche papier non intégré à ce dispositif.	8f
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'appropriation de la démarche qualité sécurité des soins est hétérogène dans les services. Les déclarations d'événements indésirables et leur analyse sont effectives malgré un constat partagé avec les professionnels de sous déclaration du fait notamment d'un dispositif n'incitant pas les professionnels et reposant sur différentes modalités de transmission (fiche papier ou logiciel), et ne permettant pas l'identification des événements récurrents. La gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels bien que peu utilisée comme le démontre les données de consultation suivi par la cellule qualité. Un dispositif de mise à jour est prévu.	1g
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel. Il a été constaté la présence dans la gestion documentaire électronique de procédures datant de plus de 2 ans et ne respectant de ce fait pas la règle institutionnelle de durée de vie de 2 ans (paramétrage du logiciel).Par exemple, le manuel qualité de la stérilisation date de 2003, certaines procédures d'HAD datent de 2006, la procédure dossier patient de 2009…	5c
Parcours du patient	P / Organisation interne	NC	Les ressources en effectifs et en compétences ne sont pas toutes prévues. Les sages-femmes pratiques des soins infirmiers pour les lesquels elles ne sont ni autorisées et ni formées. Dans le service de gynécologie, il s'agit de soins infirmiers pour lesquels elles ne sont pas formés : chambre implantable, pansements complexes, etc. En effet, il n'y a qu'un ETP IDE en obstétrique/gynécologie. Une grande partie des SF ont été diplômées après 2011 sans avoir l'autorisation de pratiquer ces soins infirmiers.	18a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les informations à la sortie ne sont pas toujours communiquée en temps utiles. Les patientes sortantes du service de gynécologie chirurgicale bénéficient le plus souvent d'une lettre de sortie sans ordonnance qui les contraints à devoir consulter au plus vite leur médecin traitant.	18a
		NC	Le respect des libertés individuelles n'est pas systématique. Il a pu être constaté que des mesures restrictives de liberté (liens, barrières de lit, etc.) étaient mises en place sans réévaluation malgré la prescription médicale, par exemple dans le service en SSR. Dans le service de médecine, les experts-visiteurs ont constaté une mesure de contention sans prescription médicale. En HAD, la prescription ne précisait pas les modalités (barrières, voire plus exceptionnellement le maintien de poignets), la durée et le suivi. Ces écarts ont pu être constatés à l'occasion des patients traceurs.	10e
Dossier patient	P / Définition de la stratégie	PS	La politique n'a pas été actualisée dans le cadre des objectifs du projet d'établissement 2013-2017. Le projet d'établissement 2013-2017 et notamment le schéma directeur des systèmes d'information a inscrit comme objectif prioritaire le développement du DPI (dossier patient informatisé) ; la politique de 2009 ne reprend pas cet objectif prioritaire. L'établissement a engagé la révision de sa politique du dossier patient qui est en cours de validation.	14a
	P / Organisation interne	NC	Les règles de tenue du dossier ne sont que partielles. Elles n'intègrent pas les évolutions du dossier notamment l'informatisation des dernières années. Par ailleurs, les habilitations données aux professionnels pour accéder au dossier patient ne sont pas formalisées dans un document opposable et accessible à tous. Enfin, les droits ouverts pour l'accès au serveur, existant avant l'installation du DPI (stockage de comptes rendu de consultation, d'hospitalisation par ordre alphabétique), ne sont pas intégrés aux décisions de la CME.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La communication avec les professionnels impliqués dans la prise en charge (correspondants externes et internes) n'est pas systématiquement réalisée en temps utile. D'une part, lors de la sortie du patient, le délai de rédaction de la lettre de liaison est au dernier recueil réalisé dans l'établissement en mars 2017 supérieur à 8 jours dans près de 40% des dossiers audités. Par ailleurs, l'archivage du dossier patient unique en format papier était partiel. En effet, d'une part les dossiers du service de diabétologie sont stockés pendant plus d'un an dans un local fermé au 1er étage sans que cela ne soit prévu dans la procédure. D'autre part, les dossiers transfusionnels sont archivés aux urgences dans le local dépôt de sang et les dossiers des passages aux urgences ne sont pas intégrés au dossier du patient. Cela ne permet pas la constitution d'un dossier patient unique aux archives. Enfin, les IDE et AS utilisent des aides-mémoires papier pour transmettre des informations concernant le patient sans recourir le plus souvent au dossier du patient. Les modalités de réalisation d'aides mémoires lors des transmissions orales ne sont ni régulées ni anonymisés.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne répondent pas toujours à la réglementation. Pour l'URC, La contamination de l'enceinte de la ZAC en classe C est un risque identifié par l'établissement et pris en compte. Les résultats de février 2018 concernant l'URC montre que l'URC est qualifiée en ISO 8 et non en ISO 7. Les contrôles bactériologiques sont conformes ainsi que l'aérocontamination. Dans cette nouvelle URC, le plafond n'est pas lisse avec présences de dalles. Ces dalles viennent d'être collées, des contrôles sont programmés. Les derniers contrôles particulaires de l'URC, conduit après la visite des experts-visiteurs, permettent de qualifier cette salle en ISO 8.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de prescription ne respectent pas toujours les bonnes pratiques. En HAD, le déploiement d'un logiciel dédié est en cours de déploiement mais non utilisé pour la prescription. Il existe donc un support unique de prescription administration papier mais pas toujours utilisé par les médecins. Les médecins libéraux prescrivent avec leurs ordonnances de cabinet de ville. En cas de consultations à l'extérieur, le patient peut disposer de plusieurs ordonnances de médecins différents. Le risque est identifié par l'établissement. Afin de colliger l'ensemble des prescriptions des médecins intervenant dans la prise en charge des patients, une retranscription s'effectue par le pharmacien dans l'ancien logiciel médicament du CH. Le support imprimé est utilisé pour la délivrance nominative de 7 jours par les préparateurs et transmis aux IDE. De plus, pour ces prescriptions non prescrites sur le support papier, l'imprimé délivré par la pharmacie suite à la retranscription du pharmacien ne permet pas la traçabilité de l'administration pour 1 semaine, les IDE retranscrivent la prescription sur le support papier afin de pouvoir tracer l'administration des médicaments. En SSPI, les IDE retranscrivent la prescription informatisée sur le support papier du dossier afin de tracer l'administration. L'établissement n'avait pas vu ce risque et pendant la visite de certification, les IDE de SSPI ont été formées au logiciel Médicament pour tracer sans retranscription.	20a bis
		NC	Les bonnes pratiques de préparation des médicaments injectables ne sont pas toujours respectées. Il est constaté en médecine que la préparation des médicaments injectables est réalisée dans le couloir avec risque d'interruption de tâche, comme confirmé par les différents professionnels. Une des actions du PAQSS est de travailler sur les interruptions de taches mais l'action n'est pas initiée. En service de chirurgie, les préparations de médicaments injectables sont identifiées avec une étiquette pré remplie avec le nom, dosage du médicament, heure de pose mais sans identification du patient (étiquette patient retirée après la préparation).	20a bis
		PS	Les modalités de gestion du stockage de médicaments ne sont pas toujours respectées. A la PUI, le rangement de la majorité des médicaments ne sont pas séparés et étiquetés amenant un risque pour la délivrance (dosages différents à côté, médicaments serrés). Dans le service de SSR, il est constaté lors de la visite de la celocurine rangé à côté de l'isuprel (médicament du chariot d'urgence	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			non identifié comme tel). En service de médecine, les insulines (lentes, rapides intermédiaires), identifiées comme médicaments à risque, étaient mélangées dans un même bac au réfrigérateur. Dès le lendemain du constat lors de la visite, la séparation entre les différentes insulines a été réalisée avec étiquetage.	
		NC	Les règles d'administration des médicaments ne sont pas toujours respectées. Lors du patient traceur, il a été constaté une prescription de péridurale en continu (PCEA) par l'anesthésiste dans le service de chirurgie alors que l'équipe du service ne connait pas la surveillance obligatoire et spécifique liée à cette pratique avec absence de formalisation de protocole. Comme constaté lors de la visite en gynécologie, et en patient traceur (SSR et Chir), la traçabilité n'est pas réalisée lorsque le patient est autonome et gère son traitement médicamenteux. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension de la patiente pour gérer seule son traitement car la patiente dispose de son traitement pour la journée et le tracer dans le dossier.	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la surveillance des patients. Pour visualiser l'ensemble de la salle d'attente, l'établissement a installé une caméra qui reporte les images dans une salle centrale. Pour autant, la surveillance de l'écran n'est pas permanente car les professionnels ne sont pas en permanence dans la salle centrale ; notamment lorsqu'ils sont moins nombreux et qu'un patient est en salle de déchocage. Des EI ont permis à l'établissement d'identifié le risque ; un projet de réaménagement des urgences est en cours.	25a
		PS	L'accueil des patients se présentant aux urgences n'est pas toujours assurée. Avant l'arrivée ou après le départ de l'IAO et en son absence, l'accueil des patients n'est plus assuré par un soignant. A partir de 21h, une présence physique n'est plus strictement assurée (le veilleur à des missions de surveillance au sein de l'établissement) à l'accueil des urgences sans mesure de compensation (défibrillateur automatique, caméra performante, système d'alerte ....). Le risque a été identifié par l'établissement. Dans ce cas, un patient ou une femme enceinte doit sonner pour informer de son arrivée.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne se sont pas tous appropriés le dispositif de gestion des événements indésirables. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels est peu réalisé.	26a
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle	D / Disponibilité des ressources	PS	La formation à la radioprotection des patients (arrêté du 18 mai 2004) n'est pas généralisée à tous les praticiens utilisateurs Deux utilisateurs du bloc n'ont pas répondus à la demande de formation de la radioprotection (ampli de brillance) lors des cholangiographie et pose de PAC. Les deux chirurgiens ont bénéficié de cette formation en juin 2018 - après la visite des experts-visiteurs.	26b
Gestion des équipements et produits	P / Organisation interne	NC	Il n'existe pas de formalisation de la gestion globale du matériel. Bien que le marché souscrit auprès des prestataires le prévoit et que les	6g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
au domicile du patient			professionnels en ont eu connaissance oralement, cela n'est pas formalisé à l'attention du personnel intervenant au domicile du patient et notamment aux infirmières libérales (modalités d'évaluation du matériel nécessaire à l'état du patient, les modalités de préparation du matériel, les modalités de transport du matériel, les modalités d'approvisionnement en urgence, les solutions de substitution en cas de rupture d'un produit, l'organisation de la maintenance 24H/24 et 7J/7 pour les équipements majeurs...). Par ailleurs, l'établissement met à disposition du matériel issu de son stock. Il n'existe pas de consignes pour le rangement des produits médicaux et non médicaux fournis par l'HAD au domicile du patient ni de document de traçabilité des conformités de modalités de stockage des DM au domicile du patient ; l'HAD ne peut donc pas s'assurer systématiquement, ni formellement, que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus conformément à la réglementation notamment d'hygiène. Une fiche d'information sur le respect de l'hygiène, dont le matériel est transmis au patient dès son admission et signée par ce dernier. Il s'engage donc à respecter les conditions de stockage et d'hygiène du matériel mis à sa disposition. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas organisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande.	
		PS	Les ressources documentaires ne sont pas toujours opérationnelles. Les documents ne sont pas systématiquement à jour. Il a été retrouvé des documents datant de 2006/2007/2009 et dont la mise à jour n'est pas inscrite dans le programme d'actions : notamment la procédure sur l'organisation du signalement à ERDF pour les patients à haut risque vital, la gestion des déchets…). La procédure sur le signalement des patients à haut risque vital à l'ERDF est en cours de signature au moment de la visite de certification ; son actualisation est prévu au Compte Qualité et au PAQSS institutionnel. La nouvelle version de la procédure sur la gestion des déchets en HAD est en cours de signature au moment de la visite de certification.	6g
		PS	La formation des professionnels libéraux à l'utilisation du matériel et des produits n'est pas formalisée ni tracée. Les professionnels de l'HAD sont formés à l'utilisation du matériel et des produits mais les professionnels libéraux ne le sont qu'à leur demande et sans que cela ne soit tracée. Cette organisation ne permet pas à l'HAD de s'assurer d'une utilisation conforme du matériel à tout moment et par tous. La traçabilité de la conformité du matériel à la commande n'est pas réalisée, seule la livraison est tracée sur le bon de commande. Les soignants de l'HAD ont la possibilité de signaler les non conformités de matériels sur un cahier de liaison spécifique à destination des IDE coordinatrices.	6b
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les effectifs sont partiellement adaptées à l'activité. L'équipe soignante bénéfice d'un pool de remplacement qui leur permet de s'adapter aux fluctuations d'activité mais pas l'équipe médicale qui ne dispose que de 0,5 ETP. L'effectif médical n'a pas été réajusté au regard de la montée en charge de l'HAD depuis l'année 2017 avec près de 50 patients par jour soit une augmentation de plus de 8% par rapport à l'année précédente.	6g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Il n'y a pas de dispositif de pilotage s'appuyant sur des indicateurs d'évaluation des processus. Il apparaît qu'aucun événement n'ait été signalé et donc n'a pu faire l'objet d'une analyse des causes. Par ailleurs, il a été constaté qu'aucune démarche d'évaluation de la maintenance 24/24h et 7J/7J par l'HAD pour l'ensemble du matériel fourni, ni d'évaluation de la satisfaction des intervenants au domicile et des personnels HAD en lien avec les fonctions logistiques n'était réalisée.	6b