



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

43 rue de l'isle
80142 Abbeville
OCTOBRE 2016

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	17
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	38
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	62
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	67
ANNEXE	72

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE	
Adresse	43 rue de l'isle 80142 Abbeville
Département / région	SOMME / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	800000028	CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE	43 rue de l'isle 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800015539	HOSPITALISATION A DOMICILE CH ABBEVILLE	43 rue de l'isle 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800016313	CMP ENFANTS CH ABBEVILLE	R pasteur 80130 Friville-Escarbotin
Etablissement de santé	800016305	CMP ADULTES CH ABBEVILLE	3 r de l hotel dieu 80100 Abbeville
Etablissement de santé	800016321	CMP ADULTES CH ABBEVILLE	17 r jules valles 80130 Friville-Escarbotin
Etablissement de santé	800009516	ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE PSY INFANTO JUVENILE	43 r de l'isle 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800017469	CATTP CH ABBEVILLE	43 rue de l'isle 80142 ABBEVILLE
Etablissement de santé	800006553	HOPITAL DE JOUR PEDO PSYCHIATRIE DU CH D ABBEVILLE	25 av general leclerc 80142 Abbeville

Etablissement de santé	800006231	CENTRE DE GERONTOLOGIE CH ABBEVILLE	78 rte de doullens bp a2 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800000143	CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE	43 rue de l'isle 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800008328	HOPITAL DE JOUR DE PSYCHIATRIE ADULTES	5 r des lingers 80142 Abbeville
Etablissement de santé	800017451	CMP CH ABBEVILLE ENFANT	3 rue de l'hotel de dieu 80142 ABBEVILLE

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	62	/	5	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	30	/	/	/
MCO	Médecine	201	20	/	8060
Santé mentale	Psychiatrie générale	60	12	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	/	15	/	/
SSR	SSR	47	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Droits des patients
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 endoscopie

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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	Enfant	Pédiatrie	A définir	Urgences pédiatriques	Complexe	MCO
2	Adulte	Médecine Ambulatoire	(chimiothérapie?)	programmé	Complexe	MCO
3	Adulte	Chirurgie Orthopédique	A définir	urgences	Complexe	MCO
4	Adulte ou Enfant	Chirurgie ORL	A définir	programmé	Simple	MCO
5	Mère/enfant	Néonatalogie	A définir	-	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Personne âgée	SSR Polyvalent Extra hospitalier- Abbeville cent	A définir	Si possible mutation d'un autre service de l'ES	Complexe	SSR
7	Adulte	HC psychiatrie	A définir	programmé	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

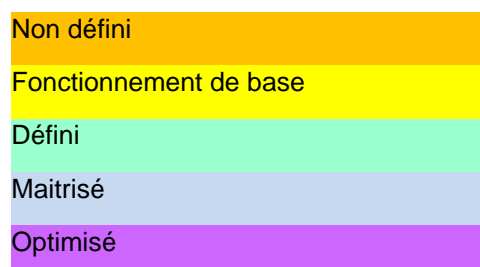
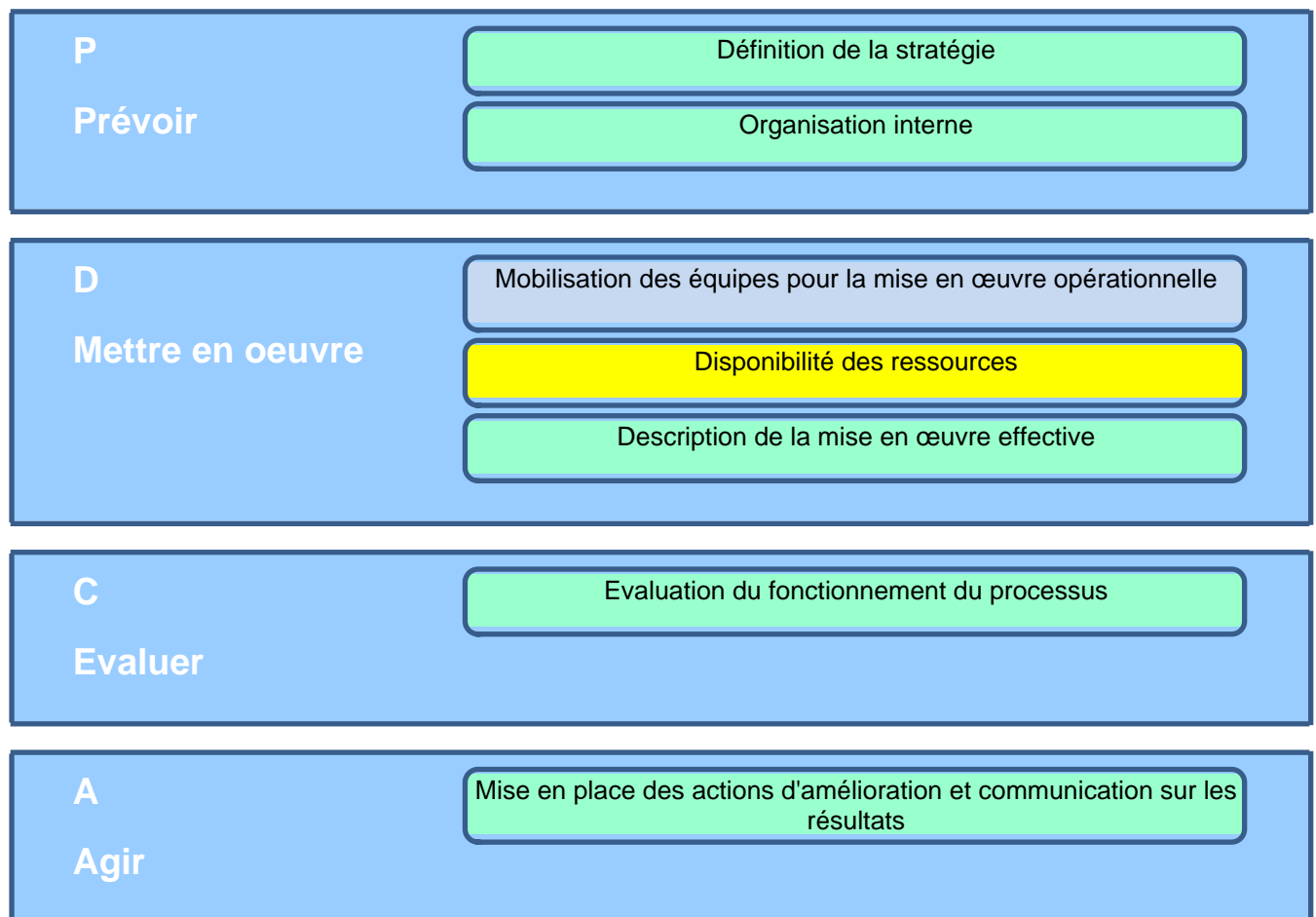
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intégrant notamment la stratégie de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires n'est pas formalisée. Un projet de Politique Qualité et Gestion des Risques 2012- 2017 a été élaboré mais pas validé. Dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, les risques ont été identifiés et hiérarchisés pour les thématiques exigibles, leur analyse a fait l'objet d'un plan d'actions formalisé intégré au Programme d'Actions Institutionnel (PAQSS). Les modalités de mise en œuvre sont définies: objectifs, actions, responsable, échéances, modalités de suivi. Le PAQSS a été validé par la sous-commission qualité-gestion des risques (SCQGR) le 10 avril 2015 et présenté aux instances (CME le 16 juin 2015, conseil de surveillance le 22 juin 2015 et à la CRUQPC).

ORGANISATION INTERNE

La SCQGR présidée par le coordonnateur des risques liés aux soins pilote la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins conjointement avec la direction qualité. Les missions du coordonnateur sont définies dans une fiche métier qui précise ses liens fonctionnels avec la direction qualité, le président de la CME, les présidents des sous commissions de la CME, la gestionnaire des risques et les cadres de pôle. Les missions de la gestionnaire des risques et de l'assistante de direction, responsable de l'organisation de la gestion documentaire sont également formalisées. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée au niveau de la SQGR lors de la réunion trimestrielle. L'ordre du jour et les dossiers sont préparés par le président en lien avec la direction qualité, chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu diffusé à tous les membres qui relaient au niveau des services. Une de ses missions est de valider et de suivre l'état d'avancement du programme qualité et sécurité des soins (PAQSS) et de faire un bilan des événements indésirables. Une fois par an, un bilan de l'état d'avancement du PAQSS, des fiches d'événement indésirable et des plaintes et réclamations est réalisé ainsi que la présentation par la gestionnaire des risques des actions mises en œuvre suite à l'analyse des fiches d'événements indésirables. La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques (DQGR) a coordonné la gestion et l'animation des comptes qualité réalisés par les professionnels pour l'ensemble des thématiques.

Une sous-commission EPP-DPC (SCEPP-DPC) pilote et accompagne le déploiement de la mise en œuvre des EPP, en particulier l'engagement effectif des professionnels dans la réalisation de RMM et de RCP dans les secteurs. Elle accompagne la mise en place du Déploiement Professionnel Continu (DPC).

Le PAQSS 2015 a été élaboré à partir des actions non finalisées en 2014, des actions issues des comptes qualité, du programme des vigilances et de l'analyse des fiches des événements indésirables. Les modalités de mise en œuvre ont été définies : les objectifs, les actions en les hiérarchisant, les pilotes, les modalités de suivi, l'échéance.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines par la mise en place de nombreuses formations (RMM, CREX, AUDIT, EPP, déclaration des EVI..). Le dispositif de gestion documentaire informatisé est structuré, lors de sa mise en place les professionnels ont été formés.

La gestion de crise et le plan blanc sont formalisés et ont fait l'objet d'un exercice de simulation le 21 mai 2015. Le dispositif de gestion des événements indésirables est formalisé et opérationnel, il décrit le traitement des risques a posteriori et a priori.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres aux secteurs d'activité sont déclinés à partir du PAQSS. Les professionnels sont sensibilisés aux objectifs de service via les réunions de service, les affichages des Photos Qualité, les lettres d'information des cadres, le journal interne et la participation aux groupes de travail. Les photos qualité réalisées trimestriellement dans les secteurs d'activité permettent de donner une indication à un instant T du niveau de qualité atteint sur des exigences définies en concertation avec les responsables de service, elles concernent la tenue du dossier patient, l'hygiène, la qualité-gestion des risques, ainsi que des indicateurs spécifiques aux activités. Les évaluations régulières des activités, le suivi des tableaux de bord d'indicateurs et des dysfonctionnements sont suivis de la mise en œuvre d'actions correctives en associant les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents utiles aux professionnels pour la prise en charge des patients sont accessibles via l'outil informatique. Depuis la fin de l'année 2014, la Direction de la qualité est activement engagée dans une démarche de recensement et de mise au format qualité de l'ensemble des documents existants. Un groupe de travail spécifique a été constitué en août 2015 afin d'appuyer cette démarche. Cependant certains services ont conservé des classeurs de procédures papier qui ne correspondent pas à la dernière version informatisée ou qui ne suivent pas les règles institutionnelles de gestion documentaire. Au bloc opératoire par exemple, les procédures de bionettoyage sont datées de 2009 alors que la version informatisée est de 2013 et elles ne sont pas signées. Les procédures des urgences ne sont pas au format qualité donc pas intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement.

Les professionnels des services ont été formés à la déclaration des événements indésirables et à l'utilisation du système documentaire informatisé. L'encadrement a été formé à la méthodologie du patient traceur et 41 professionnels ont bénéficié d'une formation d'auditeur. En 2014, 7 agents ont bénéficié d'une formation à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et 48 professionnels ont été formés aux outils d'analyse des causes des erreurs (RMM/CREX).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les événements indésirables sont analysés par une commission qualité et prévention des risques composée des référents risque de chaque service, pilotée par l'ingénieur qualité et la gestionnaire des risques. Elle se réunit une fois par semaine pour faire une revue des événements indésirables, hiérarchiser la criticité ce qui permet de définir les modalités d'analyse et de traitement. Une fois par mois et plus dans le cas d'un événement grave, cette même commission à laquelle participe le directeur qualité et le coordonnateur des risques associés aux soins se réunit pour décider de la stratégie à mettre en place en particulier de l'organisation de comité de retour d'expérience. Des RMM sont également organisées en médecine interne.

Cependant, l'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'Évaluations des Pratiques Professionnelles n'est pas effective dans tous les secteurs.

Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnels, la SCQGDR qui suit la mise en œuvre de la démarche qualité est composé des représentant de tous les secteurs d'activité (administratif, logistique, technique..) ce qui permet la coordination des interfaces.

Les professionnels rencontrés participent à l'élaboration des procédures, déclarent les événements indésirables, participent aux audits, à des exercices de simulation (incendie).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la prise en charge des patients selon la méthodologie du patient traceur a été réalisée en HAD, cardiologie, HDJ, en chimiothérapie, Urologie, ophtalmologie. Des audits sont réalisés dans les différents secteurs d'activité et des indicateurs sont suivis via les photos qualités et les indicateurs IQSS. Des RMM sont organisés en réanimation, maternité, pneumologie ainsi que des CREX sur le circuit du médicament. En revanche, le secteur de chirurgie-anesthésie ne réalise pas de Revue de Mortalité -Morbidity (RMM). Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont en place comme le montre le résultat de l'indicateur RCP en 2014 à 88%. Les professionnels ont accès aux résultats d'indicateurs ainsi qu'aux résultats d'analyse des questionnaires de satisfaction communiqués une fois par mois et affichés. Des bilans d'activité annuels sont réalisés par la SCEPP et par la DQGDR avec des objectifs pour N+1 et chaque secteur d'activité réalise son bilan d'activité annuel.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre suite à la réalisation d'audits, à la mise en œuvre de patient traceur, aux suivi des indicateurs... sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La communication se fait par la diffusion des comptes rendus de la SCQGDR, de la présentation aux instances, lors des réunions des cadres, dans le journal interne. Les résultats des évaluations et les plans d'actions sont présentés en CRUCPC.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intégrant notamment la stratégie de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires n'est pas formalisée. Un projet de Politique Qualité et Gestion des Risques 2008- 2013 a été élaboré mais pas validé.	1e
D / Disponibilité des ressources	NC	Le dispositif de gestion documentaire n'est pas opérationnel dans tous les secteurs. Certains services ont conservé des classeurs de procédures papier qui ne correspondent pas à la dernière version informatisée ou qui ne suivent pas les règles institutionnelles de gestion documentaire. Au bloc opératoire, les procédures de bionettoyage sont datées de 2009 alors que la version informatisée est de 2013 et elles ne sont pas signées. Les procédures des urgences ne sont pas au format qualité donc pas intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement.	5c
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'Evaluations des Pratiques Professionnelles n'est pas effective dans tous les secteurs Le secteur de chirurgie-anesthésie ne réalise pas de Revue de Mortalité -Morbidité (RMM).	28a

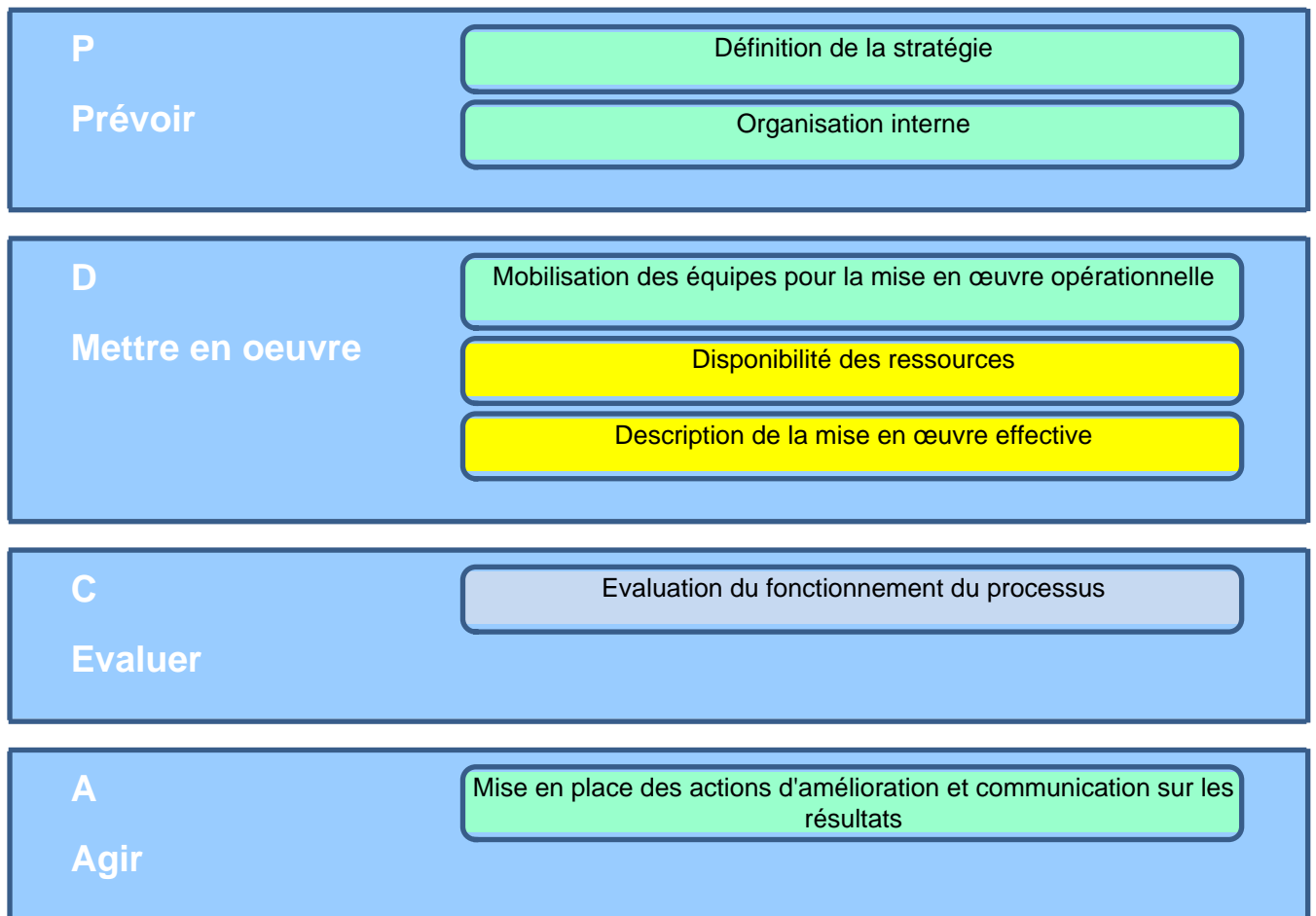
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier a développé une stratégie de maîtrise du risque infectieux, basée sur l'identification et la hiérarchisation des risques, et inscrite dans le CPOM. La SCLIN est une sous-commission de la CME, qui intègre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. La politique de lutte contre les Infections Associées aux Soins s'appuie sur les objectifs parfaitement déclinés dans les plans d'actions annuels successifs révisés régulièrement et validés par la SCLIN. L'ensemble des risques identifiés est regroupé dans le plan d'action annuel du SCLIN, validé et présenté aux différentes instances (CME, CSIRMT et CHSCT). Le programme d'actions est formalisé et intégré au programme d'actions qualité institutionnel. Le compte qualité intègre les risques présentant la plus grande criticité en application des grilles de la HAS, validés par les membres de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène.

ORGANISATION INTERNE

Le SCLIN se réunit à fréquence régulière et définie, avec validation de compte-rendus et des actions d'amélioration proposées. L'EOH se compose de plusieurs membres, disposant de temps dédié : 0.6 ETP médecin coordonnateur, 1 ETP bio hygiéniste référente, 2 ETP IDE hygiénistes, 1 ETP IBODE hygiéniste et 1 ETP Assistante Médico-Economique. L'EOH participe au Réseau en hygiène d'Abbeville qui regroupe 17 établissements de santé et médico-sociaux. Les membres de l'EOH participent activement aux actions de prévention, de surveillance et d'évaluation de ces différentes structures de santé. Le centre hospitalier participe également aux réseaux de l'ARLIN et du CCLIN Paris Nord, ainsi qu'au réseau des infectiologues de Picardie, récemment créé. Les fiches de poste et de missions sont élaborées notamment pour le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, l'infirmière hygiéniste et les référents en hygiène qui sont présents dans toutes les unités de soins et les secteurs logistiques et techniques. Un organigramme de la composition de l'EOH a été récemment actualisé, reprenant les différentes missions des acteurs.

L'EOH et le SCLIN participent à l'élaboration de procédures et protocoles de la gestion du risque infectieux, suivant les recommandations officielles, régulièrement actualisés et diffusés auprès des professionnels. L'établissement met à disposition des professionnels les matériels nécessaires pour la maîtrise du risque infectieux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les décisions et recommandations du SCLIN sont diffusées aux praticiens et aux responsables d'unités par mails et lors des réunions institutionnelles (CME, CSIRMT). Les référents en hygiène des services participent aux réunions des référents, organisées régulièrement par l'EOH et relaient directement aux professionnels de leur secteur. Les membres de l'EOH et les présidents du SCLIN et du COMAI participent aux journées de formation ou d'information des réseaux régionaux (ARLIN, CCLIN, réseau de Picardie...). Des groupes de travail composés de professionnels de terrain ont été mis en place sur différentes thématiques en rapport avec le risque infectieux : endoscopie, gestion des déchets, préparation cutanée de l'opéré.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le plan de formation du centre hospitalier intègre plusieurs thèmes liés à la gestion du risque infectieux. Les référents en hygiène paramédicaux ont été formés par l'EOH, ainsi que les nouveaux arrivants, les internes en médecine, les saisonniers (à qui on remet un livret spécifique). L'EOH s'assure également de la qualification au respect des règles d'hygiène de leurs prestataires extérieurs. Une IDE est titulaire du DU d'hygiène et la bio-hygiéniste d'un DU de gestion des risques. Les professionnels ont à disposition dans les unités de soins le matériel nécessaire à la prévention du risque infection (échelles d'isolement, masques, gants, sur-blouses à usage unique...). Des distributeurs de Solution Hydro-Alcoolique sont installés dans chaque chambre de l'établissement et sur les chariots de soins. Les ASH sont centralisées sur chaque pôle et travaillent en transversal. Elles ont accès aux procédures en hygiène et formées au bio-nettoyage. Elles participent aux transmissions infirmières et partagent ainsi les informations sur d'éventuels isolements septiques de patients porteurs de BMR. Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment par l'envoi de la lettre mensuelle "Info-antibio", rappels des bonnes pratiques du président de la COMAI lors de la CME et information sur les audits en cours.

Cependant, les locaux ne permettent pas la maîtrise du risque infectieux. Les locaux de stockage intermédiaire des déchets, notamment des DASRI, ne sont pas identifiés en tant que locaux à risque (pas

de signalétique ni de logo spécifique informatif), ni fermés à clé, et ne permettent pas un bio-nettoyage complet des surfaces (sols, murs et plafonds). D'autre part, les sacs de DAOM sont entreposés dans les mêmes conteneurs que les sacs et boîtes à DASRI, avec un tri secondaire réalisé dans le local terminal de DASRI, ce qui est contraire à la réglementation. La procédure de circuits des déchets des unités de soins vers les locaux intermédiaires valide ces pratiques. La Direction confirme cet état de fait, institutionnel, rapporté au manque de place dans les locaux intermédiaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures et protocoles en hygiène sont connus des professionnels, accessibles sur le logiciel informatisé de gestion documentaire et appliqués. Les visites des unités de soins ont permis de vérifier la bonne appropriation des protocoles notamment lors des cas d'isolement septique de certains patients. L'EOH réalise un suivi régulier du plan d'action validé par le SCLIN ainsi que des visites ponctuelles dans les services de soin. Il existe un dispositif de surveillance épidémiologique en place, avec prélèvements d'air, d'eau, d'endoscopes, de surface... selon un calendrier préalablement défini et chaque fois que nécessaire. Les résultats de ces prélèvements sont présentés et commentés en SCLIN. Le laboratoire de biologie participe à la gestion des alertes en cas de BMR grâce au logiciel d'épidémiologie qui permet un envoi systématique d'un mail aux membres de l'EOH informant d'un prélèvement positif. Cette alerte permet à l'IDE hygiéniste de se rendre dans le service de soins concerné pour réaliser un audit ciblé sur l'isolement mis en place (grille interne), et si nécessaire, effectuer un rappel des bonnes pratiques aux professionnels présents.

La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est cependant pas systématique. Il a été noté la non appropriation par les praticiens de la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques avant la 72ème heure. L'audit des dossiers réalisés au cours de la visite des différents services confirme cette absence de traçabilité. Un audit interne a été initié en mars 2015 par le président du COMAI, référent en infectiologie, dont les premiers résultats (non présentés) ne semblent pas satisfaisants. Les médecins rencontrés confirment cette absence de traçabilité.

Les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre. Des prélèvements faits dans le cadre du suivi de travaux à l'UMCA ont retrouvé la présence et la circulation d'*Aspergillus fumigatus*. Les actions menées et le bio-nettoyage complet du service en mars n'ont pas permis l'éradication de ce champignon. Il n'y a pas de système de renouvellement d'air dans ce service situé dans le bâtiment le plus ancien de l'établissement. Les prélèvements effectués à l'extérieur du bâtiment et du service ont démontré que la source de contamination était extérieure. La problématique est liée à la sécurité du patient puisque d'importantes charges de spores peuvent être inhalées et provoquer une maladie aspergillaire grave chez certains patients immunodéprimés (patients neutropéniques, sous chimiothérapie...), patients quotidiennement admis en UMCA. L'achat et la mise en fonction d'un premier type de systèmes de décontamination et de filtration de l'air n'avaient pas permis en juillet d'obtenir des taux conformes. A ce jour, les derniers prélèvements d'air et de surface du 07/09 valident des taux inférieurs aux seuils recommandés, depuis le prêt d'un nouveau système d'extraction visiblement plus efficace. Une demande de permis d'aménagement des circulations a été envoyée le 15/06 et reste en attente de réponse à ce jour.

Dans le but d'actualiser le carnet sanitaire de l'air, un audit demandé par le SCLIN a été réalisé par une société externe. Les résultats de cet audit ont montré des taux non conformes de germes dans l'air notamment des salles de bloc opératoire, avec pour conséquence, un niveau ISO non conforme aux seuils attendus. La seule salle ISO 5 (qui devrait en théorie être réservée aux interventions de traumatologie-orthopédie) comportait des seuils non conformes, altérant le niveau ISO. Il en était de même pour les 5 autres salles identifiées ISO 7. Le président du SCLIN explique ne pas avoir vu sur les actions de maintenance préventive des infrastructures du bloc opératoire ni connaissance d'éventuels contrôles réalisés. Afin de gérer ce problème d'air au bloc opératoire, l'établissement, sur les conseils de l'EOH, a entamé des travaux de mise en conformité du flux laminaire de la salle ISO 5, ainsi que des travaux de réfection des sols. Au jour de la visite, 3 salles sur 7 étaient fermées, et l'activité opératoire programmée interrompue le temps des travaux (estimés à 15 jours). Seules les interventions chirurgicales urgentes et les endoscopies digestives sont effectuées dans les salles restant ouvertes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Suivant le plan d'actions prévu, l'EOH réalise de nombreux audits réguliers parmi lesquels : la pratique sur les cathéters veineux centraux; les précautions standard; les précautions complémentaires; la gestion des excréta; les pré-requis à l'hygiène des mains et les frictions au SHA... L'établissement s'est inscrit à l'audit national sur la maîtrise du risque infectieux d'hygiène en endoscopie 2015. Dans le cadre du COMAI, un audit sur l'utilisation des fluoroquinolones est actuellement en cours, en collaboration avec le réseau régional des infectiologues. Dans le cadre du suivi du nouvel indicateur Bn-SARM, des CREX sont

organisées au sein de l'EOH en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins pour étudier les dossiers des patients concernés. Les signalements internes et externes d'événements infectieux sont effectifs et présentés en réunions de SCLIN. Le centre hospitalier participe aux enquêtes organisées par le CCLIN parmi lesquelles : INCISO, AES (taux d'incidence de 6.1 pour 100 lits), REA RAISIN, BMR; D'autre part, une enquête locale de prévalence des infections nosocomiales est réalisée annuellement avec un taux de 3.9 en 2014. Outre les indicateurs obligatoires du BILANLIN, l'EOH suit des indicateurs locaux : nombre d'AES annuel, consommation de SHA (par service) et la consommation totale des antibiotiques.

A / AGIR

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

Les prélèvements réalisés sur les réseaux d'eau ont mis en évidence des taux non conformes de Légionelles. Des actions d'amélioration ont été mises en place (purges, choc chloré, clapets anti-retours...) permettant des bilans de contrôle satisfaisants. Les cadres de santé effectuent chaque trimestre une "photo-qualité" de leur unité de soins, incluant des indicateurs parmi lesquels des items sur le risque infectieux. En fonction des résultats, le cadre de santé informe les professionnels et rappelle les règles de bonne pratique en matière d'hygiène (port des bijoux, bio-nettoyage...). Suite à l'audit du carnet sanitaire de l'air, les résultats non conformes ont conduit l'EOH et le SCLIN à définir un plan d'amélioration et mettre en place des actions pratiques (mise en conformité du flux laminaire en salle ISO 5 du bloc opératoire).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas la maîtrise du risque infectieux. Les locaux de stockage intermédiaire des déchets, notamment des DASRI, ne sont pas identifiés en tant que locaux à risque (pas de signalétique ni de logo spécifique informatif), ni fermés à clé, et ne permettent pas un bio-nettoyage complet des surfaces (sols, murs et plafonds). D'autre part, les sacs de DAOM sont entreposés dans les mêmes conteneurs que les sacs et boîtes à DASRI, avec un tri secondaire réalisé dans le local terminal de DASRI, ce qui est contraire à la réglementation. La procédure de circuits des déchets des unités de soins vers les locaux intermédiaires valide ces pratiques. La Direction confirme cet état de fait, institutionnel, rapporté au manque de place dans les locaux intermédiaires.	8g
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique. Il a été noté la non appropriation par les praticiens de la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques avant la 72ème heure. L'audit des dossiers réalisés au cours de la visite des différents services confirme cette absence de traçabilité. Un audit interne a été initié en mars 2015 par le président du COMAI, référent en infectiologie, dont les premiers résultats (non présentés) ne semblent pas satisfaisants. Les médecins rencontrés confirment cette absence de traçabilité.	8h
	NC	Les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre. Dans le but d'actualiser le carnet sanitaire de l'air, un audit demandé par le SCLIN a été réalisé par une société externe. Les résultats de cet audit ont montré des taux non conformes de germes dans l'air notamment des salles de bloc opératoire, avec pour conséquence, un niveau ISO non conforme aux seuils attendus. La seule salle ISO 5 (qui devrait en théorie être réservée aux interventions de traumatologie orthopédie) comportait des seuils non conformes, altérant le niveau ISO. Il en était de même pour les 5 autres salles identifiées ISO 7. Le président du SCLIN explique ne pas avoir visé sur les actions de maintenance préventive des infrastructures du bloc opératoire ni connaissance d'éventuels contrôles réalisés. Afin de gérer ce problème d'air au bloc opératoire, l'établissement, sur les conseils de l'EOH, a entamé des travaux de mise en conformité du flux laminaire de la salle ISO 5, ainsi que des travaux de réfection des sols. Au jour de la visite, 3 salles sur 7 étaient fermées, et l'activité opératoire programmée interrompue le temps des travaux (estimés à 15 jours). Seules les interventions chirurgicales urgentes et les endoscopies digestives sont effectuées dans les salles restant ouvertes.	8g
	PS	Les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre. Des prélèvements faits dans le cadre du suivi de travaux à l'UMCA ont retrouvé la présence et la circulation d' <i>Aspergillus fumigatus</i> . Les actions menées et le bio-nettoyage complet du service en mars n'ont pas permis l'éradication de ce champignon. Il n'y a pas de système de renouvellement d'air dans ce service situé dans le bâtiment le plus ancien de l'établissement. Les prélèvements effectués à l'extérieur du bâtiment et du service ont démontré que la source de contamination était extérieure. La problématique est liée à la sécurité du patient puisque d'importantes charges de spores peuvent être inhalées et provoquer une maladie aspergillaire grave chez certains patients immunodéprimés (patients neutropéniques, sous	8g

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		chimiothérapie...), patients quotidiennement admis en UMCA. L'achat et la mise en fonction d'un premier type de systèmes de décontamination et de filtration de l'air n'avaient pas permis en juillet d'obtenir des taux conformes. A ce jour, les derniers prélèvements d'air et de surface du 07/09 valident des taux inférieurs aux seuils recommandés, depuis le prêt d'un nouveau système d'extraction visiblement plus efficace. Une demande de permis d'aménagement des circulations a été envoyée le 15/06 et reste en attente de réponse à ce jour.	

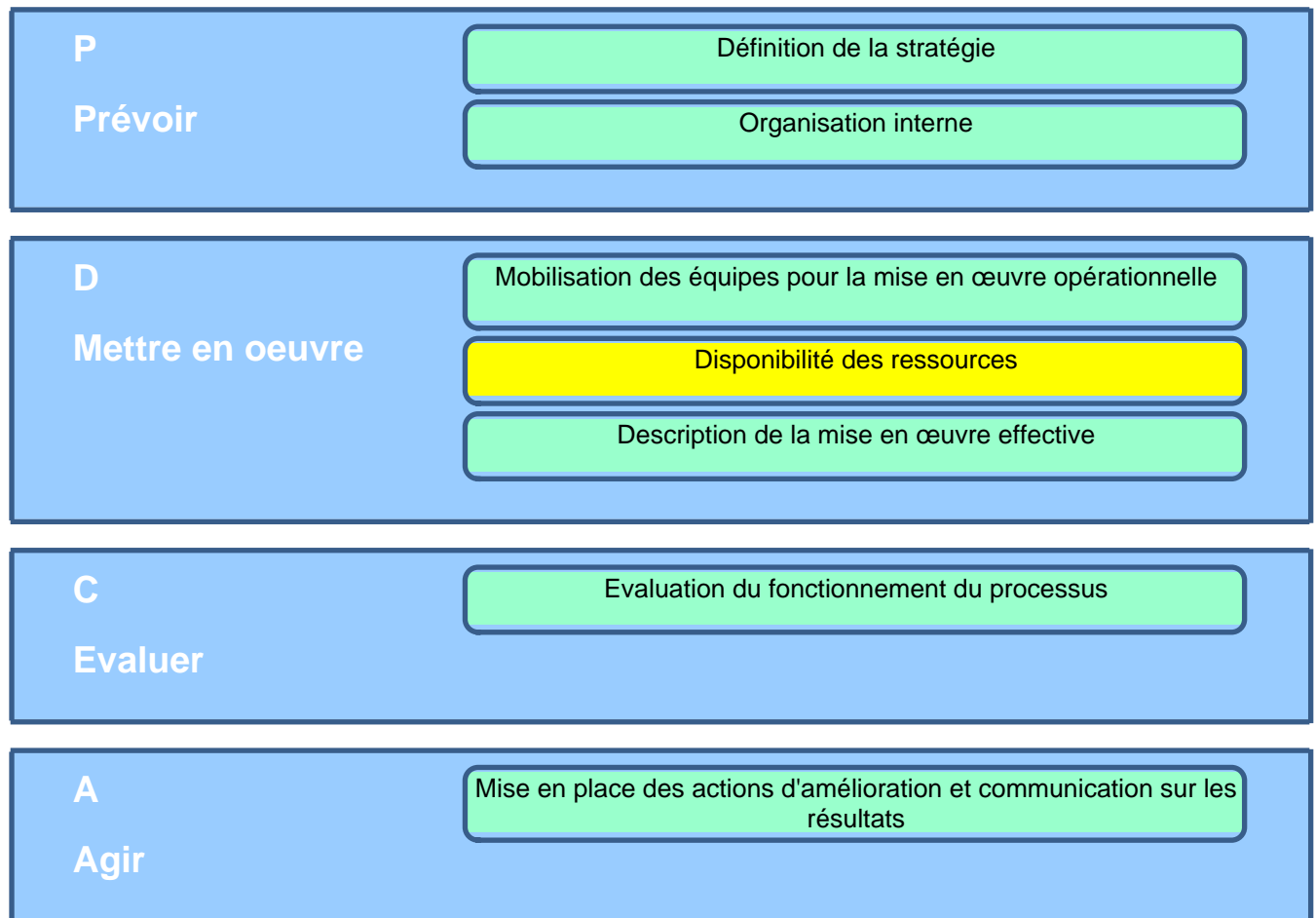
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier d'Abbeville a défini sa stratégie en matière de droits des patients formalisée dans un document intitulé "Promotion et respect des droits des patients au centre hospitalier d'Abbeville". Cette définition s'appuie sur la déclinaison des valeurs portées par l'établissement et l'analyse des plaintes, réclamations, événements indésirables, EPP et travaux des équipes sur les situations à risques en lien avec les recommandations de la CRUCQ. Les objectifs définis pour 2015/2016 ont été priorisés avec les représentants des usagers. Cependant, la politique "droit des usagers" n'est pas validée ni diffusée au moment de la visite. Le document formalisé présenté aux experts visiteur n'est pas passé aux instances. Le compte qualité est alimenté par ces objectifs, et intégré dans le PAQSS .

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus "Droits des patients" est le médecin médiateur de l'établissement. Il est présent à la CRUCP. Le groupe de travail est constitué de membres de cette instance, il se coordonne avec le comité d'éthique dont certain membres sont communs. Un courrier lui a été remis spécifiant son périmètre d'action et les objectifs attendus. La CRUC est l'instance de référence pour ce processus.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Il existe un plan de formation dans lequel sont inscrites de façon permanentes les formations à la bientraitance, au respect des droits des patients, à la loi Léonetti ...Des personnels sont détenteurs d'un DU d'éthique, le médecin réanimateur. Les documents nécessaires au respect du droit des patients sont formalisés et accessibles à tous les professionnels sur l'espace de gestion documentaire ENNOV ou DIAMM. L'ensemble des procédures y est rassemblé qu'il s'agissent de procédures transversales comme les modalités de signalement des cas de maltraitements ou la prescriptions et la surveillance de contentions, ou de procédures plus spécifiques comme la gestion de la chambre d'isolement. Il existe une procédure d'information en cas de dommage lié aux soins, celle ci a été validée et présentée en CME, elle est à la disposition de tous les praticiens sur ENNOV. Les modalités d'accès du patient à son dossier ainsi que la gestion des plaintes et réclamations sont à la disposition des personnels et des usagers sur l'espace de gestion documentaire internet et intranet et au niveau du livret d'accueil. Un projet de restructuration et de rénovation des locaux vient d'être validé avec un échéancier de mise en œuvre.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'action propres aux secteurs sont définis et intégrés au plan d'actions qualité institutionnel. On y retrouve par exemple la gestion de la continence nocturne des personnes à mobilité réduite en SSR, le suivi de l'IMC en unité de psychiatrie avec déclinaison d'atelier thérapeutique cuisine...; L'information du patient est suivie et tracé en lien avec les obligations réglementaires, les cadres des unités sont vigilants et suivent la conformité des pratiques .Les professionnels sont informés grâce à la photo qualité ou à la lettre du mois(en SSR). Les actions correctives sont identifiées mises et mises en place par les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents secteurs bénéficient d'effectifs en adéquation avec l'activité en qualité et en quantité. Des formations sont réalisées : bientraitance, droit des patients, accès du patient à son dossier) et inscrites dans le programme de formations institutionnelles. Elles sont proposées aux agents lors de l'entretien d'évaluation. Les formations plus spécifiques, type accompagnement du patient en esthétique ou techniques douces et massages, ou plus longues et diplômantes sont intégrées dans un programme de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences structuré à échéance de quatre ans. Les documents relatifs à la gestion des droits des patients sont à disposition des professionnels sur ENOV et DIAMM, des classeurs en partie réactualisés sont aussi en place dans les unités.

Les locaux sont vétustes, et la composition architecturale de l'établissement présente un nombre conséquent de chambres à deux lits. Les professionnels n'ont pas mis en place de procédure pour respecter la dignité et l'intimité et la confidentialité pour les patients lors des soins dans les chambres à deux lits ou dans le "hall" des urgences. Pour les patients en chambres doubles les soins sont effectués sans paravent ni rideau dans les unités même lorsque celles -ci sont équipées en paravent. Les prises en charge des urgences se font sur brancard dans le hall sans que les rideaux ne soient systématiquement tirés. Les informations délivrées aux patients dans ces conditions ne permettent pas le respect de la

confidentialité. L'absence de local pour l'exercice de l'IOA renforce le manque de confidentialité. Les dossiers des patients sont conservés dans la salle des infirmières qui ne ferme pas à clé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations mises en place au Centre Hospitalier d'ABBEVILLE permettent l'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent. L'information du patient du patient est effectuée par des documents adaptés aux pathologies traitées, qui sont délivrés par le praticien lors de la consultation, signé par le patient et conservé dans le dossier, comme le consentement éclairé ou le refus de soins. La personne de confiance est systématiquement recherchée et tracée.

Pour les secteurs concernés par la pratique, les restrictions de liberté sont discutées en associant l'usager et ses proches, elles sont protocolisées, prescrites et surveillées selon une procédure validée et partagée.

En psychiatrie, le dispositif d'hospitalisation sans consentement a fait l'objet d'un travail pluridisciplinaire qui inclut la création de procédures, l'information, la recherche d'adhésion des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier d'ABBEVILLE évalue le respect des droits des patients au travers de différents outils, la photo qualité, les indicateurs IPAQSSS, les enquêtes de satisfaction des usagers et l'enquête I SATIS. La déclinaison de des évaluations se fait jusque dans les unités de soins. Des tableaux de bord permettent de suivre ces indicateurs, ils sont présentés aux instances. Chaque service fait un rapport d'activité par an, il comporte entre autre la présentation de ces résultats.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre intégrées dans le programme d'action institutionnel. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers par l'intermédiaire des outils à sa disposition.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La politique "droit des usagers" n'est pas validée ni diffusée . Le document formalisé présenté n'est pas passé aux instances(document de travail)	1d
D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels n'ont pas mis en place de procédure pour respecter la dignité et l'intimité et la confidentialité pour les patients lors des soins dans les chambres à deux lits ou dans le "hall" des urgences. Pour les patients en chambres doubles les soins sont effectués sans paravent ni rideau dans les unités même lorsque celles -ci sont équipées en paravent. Les prises en charge des urgences se font sur brancard dans le hall sans que les rideaux ne soient systématiquement tirés. Ils étaient utilisés lors de notre premier passage, mais nous avons constaté que tel n'était pas le cas les jours suivants. Les informations délivrées aux patients dans ces conditions ne permettent pas le respect de la confidentialité. L'absence de local pour l'exercice de l'IOA renforce le manque de confidentialité. Les dossiers des patients sont conservés dans la salle des infirmières qui ne ferme pas à clé. Les charriots de rangement ne ferment pas à clé.	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

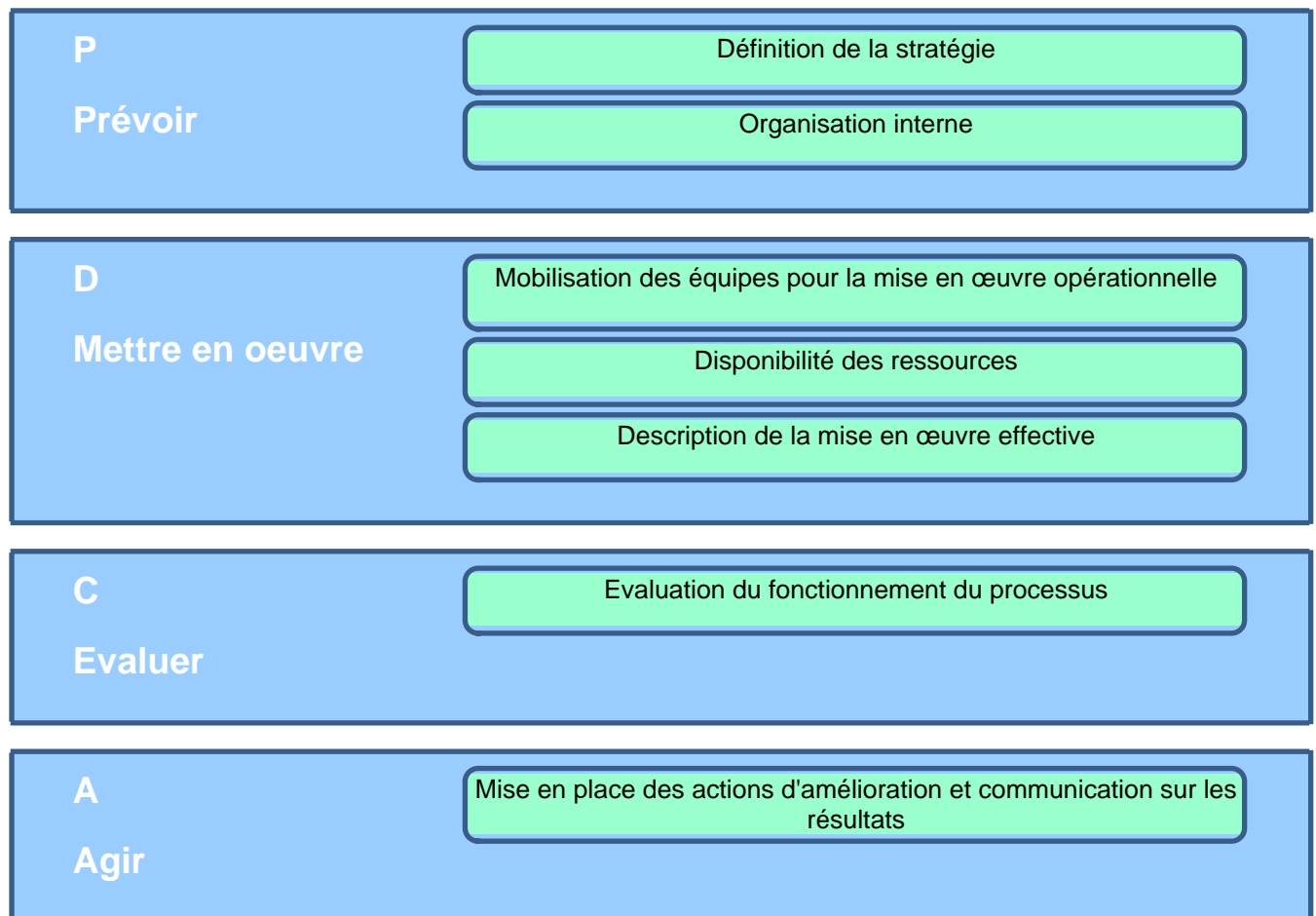
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH d'Abbeville a défini sept objectifs stratégiques fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2017 signé avec l'ARS :

- 1- Modernisation et restructuration du site principal – amélioration des structures d'accueil de jour en psychiatrie
- 2- Conforter et repenser l'activité des urgences pédiatriques
- 3- Cancérologie
- 4- Filière gériatrique
- 5- Prise en charge des problématiques respiratoires chroniques et cardiaques : SSR cardio-respiratoire
- 6- Élargir le champ de compétences de l'HAD (grossesses à risques, AVC et cancérologie)
- 7- Développer la Télémédecine : AVC, EEG, Imagerie médicale.

Ces objectifs validés par les instances, sont en cohérence avec le contexte du territoire de santé, les missions de l'établissement et l'identification des risques. Celle-ci a été réalisée par les professionnels en fonction des activités principales. Les risques ont été hiérarchisés et ont permis de définir un plan d'actions dont les modalités de mises en œuvre sont précisées. Le programme d'actions a été présenté à l'ensemble des instances (conseil de surveillance, directoire, CME, CTE, ...). L'articulation entre le compte qualité et le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est assurée par la direction qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le CH d'Abbeville a organisé le parcours du patient en constituant six pôles :

- le pôle médical,
- le pôle médico-chirurgical,
- le pôle bloc anesthésie réanimation urgences
- le pôle femme enfant,
- le pôle de psychiatrie,
- le pôle médico technique

Les pilotes sont les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé. Les fiches de missions sont formalisées. Les besoins et moyens (ressources humaines, documents, plans de maintenance, achats d'équipements, travaux, ...) nécessaires à la prise en charge des patients pour les différents parcours font l'objet d'une organisation comprenant leur expression, leur priorisation et la validation par les instances concernées. Un projet de modernisation du CH d'Abbeville est en cours en lien avec l'ARS. La formation des professionnels est structurée et basée sur le modèle du DPC (Développement Professionnel Continu) comme par exemple aux urgences, en santé mentale, pour la prise en charge des AVC, ... Les circuits et interfaces entre les services de soins et les services médico-techniques, les services logistiques et les services administratifs sont organisés. Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées régulièrement en obstétrique, soins de suite et de réadaptation et en santé mentale mais pas en médecine et en chirurgie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des plans d'actions ont été définis pour chaque parcours de soins dans le cadre du compte qualité. La sensibilisation des professionnels sur les objectifs qui les concernent est assurée par les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé et relayée par les cadres de santé et les chefs de service. L'évaluation de l'état d'avancement de ces objectifs est réalisée en partie avec les "photos qualité" mensuelles (évaluation par chaque cadre des actions définies au sein du service (traçabilité du poids et de taille, douleur, ...). Les résultats sont affichés dans chaque service et permettent de définir les actions correctives nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Chaque spécialité dispose des compétences nécessaires à la prise en charge des patients en associant les effectifs et les formations adaptées. Les documents relatifs à la prise en charge des patients sont formalisés et accessibles aux professionnels. Les ressources matérielles telles que les locaux, les équipements et outils répondent aux besoins des professionnels et des spécificités des prises en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque service du CH d'Abbeville connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'accueil du patient est organisé y compris pour les personnes se présentant pour une urgence. La prise en charge est réalisée à partir d'une évaluation initiale du patient dans un délai compatible avec son état de santé. Le projet de soins personnalisé et concerté, intègre la réflexion bénéfique risqué, est réévalué et tracé dans le dossier du patient.

Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge chaque fois que nécessaire. La prise en charge en santé mentale intègre le volet somatique avec notamment la présence d'un médecin généraliste identifié.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les règles de présence sont définies et un système de garde et astreintes permet d'assurer la permanence des soins 24h/24.

En revanche, la vérification des chariots d'urgences dans les services n'est pas conforme à la procédure et la formation des professionnels n'est pas régulière.

La prise en charge en obstétrique, en SSR et en santé mentale repose sur des réunions pluriprofessionnelles. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée et adaptée.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont pris en compte. La traçabilité dans le dossier du patient fait l'objet d'un suivi par service avec notamment les photos qualité afin d'améliorer l'indicateur national.

Le dépistage du risque suicidaire est assuré par les équipes médicales et paramédicales de l'établissement en lien avec les psychiatres.

L'éducation thérapeutique du patient s'appuie sur une équipe de 5 professionnels formés (deux médecins, une infirmière, une diététicienne et une psychologue). Elle cible deux axes de travail : l'insuffisance cardiaque et l'obésité majeure.

La sortie du patient est organisée et prend en compte la continuité et la sécurité des soins. En santé mentale, l'organisation de la sortie comprend un programme individualisé, articulé avec la ville et formalisé dans le dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus parcours du patient s'appuie sur l'ensemble des évaluations de pratiques professionnelles mises en œuvre dans les services. Elle est complétée par des comités de retour d'expérience en place dans tous les pôles et des revues de morbidité-mortalité en réanimation, médecine interne, obstétrique et quelques spécialités chirurgicales. Le recueil des indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est effectif et participe à cette évaluation. Enfin, dans le cadre du suivi du compte qualité, la révision des actions définies est programmée tous les six mois.

A / AGIR

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

Au regard des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en cohérence avec le programme d'actions institutionnel. La communication des professionnels est assurée via l'encadrement et par le biais des photos qualité en place au sein de chaque service. L'information des usagers repose sur les éléments transmis via la CRUQPC.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>les réunions pluriprofessionnelles ne sont pas organisées en médecine et en chirurgie</p> <p>En chirurgie urologique et en chirurgie orthopédique ainsi qu'en cardiologie et en neurologie, il n'y a pas de réunions pluriprofessionnelles organisées.</p> <p>Il y a une visite et une contre visite quotidienne.</p>	18a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>la vérification des chariots d'urgences dans les service n'est pas conforme à la procédure et la formation des professionnels n'est pas régulière.</p> <p>En chirurgie urologique, les professionnels rencontrés ne connaissaient pas la périodicité de vérification du chariot d'urgence</p> <p>En SSR, la traçabilité de la vérification du chariot montre que cette vérification n'est pas réalisée tous les mois (vérification en sept, juin, mai, mars).</p> <p>Dans tous les secteurs, la formation des professionnels date de plusieurs années.</p>	18b

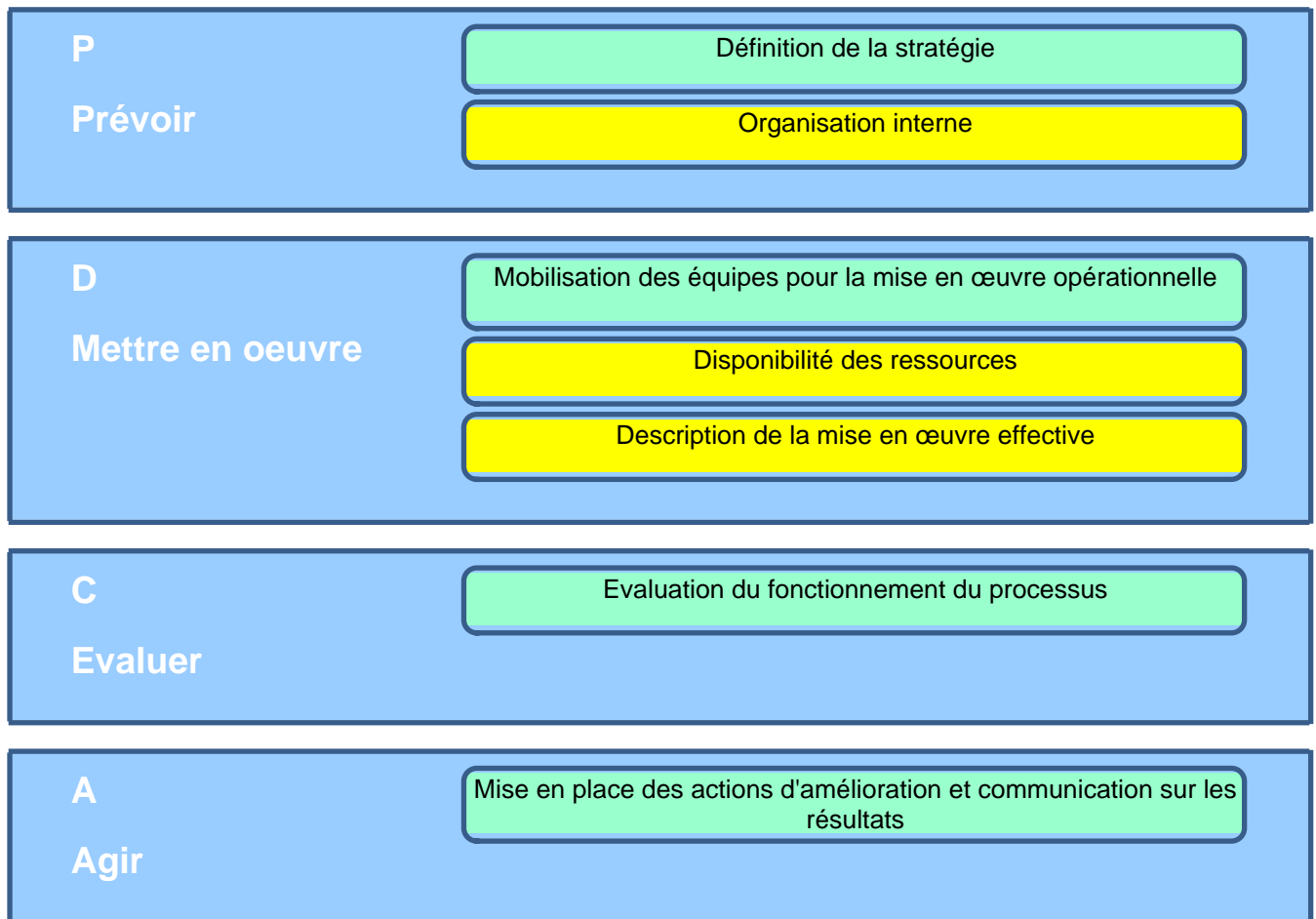
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier d'Abbeville a engagé depuis plusieurs années une politique d'informatisation complète du dossier patient dans le cadre d'une sécurisation de la prise en charge des patients et d'une harmonisation des pratiques. L'identification des risques liés au dossier du patient s'est basée sur l'exploitation des décisions de la V2010, du suivi des indicateurs IPAQSS et des fiches d'événements indésirables. Les membres de l'UDDOP ont établi, en concertation avec certains professionnels, pour chaque risque un seuil de criticité selon la grille de la HAS, évalué le niveau de maîtrise puis défini un plan d'actions d'amélioration avec des objectifs non intégrés dans le programme d'actions institutionnel de l'établissement. Ces objectifs ont été présentés aux instances qui les ont validés. La communication est organisée par les chefs de service et cadres de santé ou de pôle.

ORGANISATION INTERNE

L'Unité de Développement du dossier Patient (UDDOP) a été créée en 2004 pour mener le projet d'informatisation du dossier patient, alors inscrit dans le CPOM, placée sous la responsabilité du président de la CME. Cette unité est composée de 4 personnes : le médecin DIM, le technicien du système d'information et 2 secrétaires médicales dédiées. Les fiches de poste de ces personnels sont toujours en cours de rédaction.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les besoins en personnels, équipements et matériels sont identifiés par l'UDDOP en concertation avec les services de soins et la Direction des Services Économiques. Des formations sur l'accès au dossier patient et à l'utilisation des logiciels informatiques sont actées au plan de formation institutionnel, en interne ou par des sociétés extérieures. L'archivage des dossiers ainsi que la maintenance des équipements et des matériels sont organisés. Un projet d'externalisation des archives des dossiers papier est en cours. Les règles de gestion du dossier ne sont cependant pas formalisées ni diffusées. Il n'existe pas de procédure décrivant les bonnes règles de tenue du dossier patient connue des professionnels ni disponible dans la base documentaire. Une nouvelle procédure intitulée "Organisation de l'interface : services cliniques, secrétariats, archives sur le circuit du dossier Patient" récemment actualisée en juillet 2015 et en cours de signature, ne définit toujours pas ces règles. Les visites des services ont confirmé l'hétérogénéité du rangement des dossiers des patients selon les différents secteurs. Seul le service d'HAD a établi des règles de tenue et d'accès au dossier patient.

L'établissement a rédigé une procédure dégradée lors d'une panne ou d'un arrêt du logiciel informatisé de gestion administrative des dossiers, connue des professionnels. Une autre procédure de "Conduite à tenir en cas de panne ou de ralentissement informatique" est en place.

La gestion documentaire est organisée et centralisée, intégrant différentes informations nécessaires à la constitution du dossier patient. L'accès du patient à son dossier est formalisé.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant à ses droits est réalisée, notamment grâce au livret d'accueil du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte-tenu de ses risques et besoins, les cadres des différents secteurs d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels dans le cadre du déploiement des différents modules utilisés pour le dossier patient informatisé ainsi que pour les différents documents papier. Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les unités réalisent trimestriellement des audits de dossier pour s'assurer de la complétude des informations dans le dossier, incluant les indicateurs IPAQSS et des indicateurs spécifiques à chaque service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La formation des personnels médicaux et paramédicaux au dossier informatisé est assurée par les médecins et cadres ou IDE

référénts. Les secrétaires médicales ont bénéficié d'une formation à la gestion du dossier patient. Les lieux d'archivage des dossiers des patients ne permettent pas d'assurer la sécurité des données ni la confidentialité des dossiers. Les dossiers des patients sont entreposés dans des chariots ouverts, en salle de soins des services, non fermés à clé, ce qui pose le problème de l'accessibilité aux données du patient et à leur sécurité et confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le volet médical du dossier patient reste majoritairement en version papier. Quelques rares services comme les Urgences ou la Pédiatrie ont opté pour une traçabilité informatique de leurs évaluations initiales médicales et suivis. Les paramédicaux utilisent un dossier de soins papier (sauf aux Urgences) tant pour la pancarte des constantes que pour leurs transmissions ciblées. Dans tous secteurs du centre hospitalier, les informations administratives du patient sont colligées dans le logiciel informatisé institutionnel. On retrouve également le document à l'origine de la prise en charge, les coordonnées du médecin adresseur, le motif d'hospitalisation ou de consultation. La majorité des praticiens tracent les antécédents et les facteurs de risque du patient. Le traitement personnel du patient est reporté de manière aléatoire. La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est inconstante selon les praticiens.

En secteur MCO, le dossier transfusionnel reste en version papier. Le dossier des Urgences, de l'USIC et de Pneumologie est entièrement informatisé intégrant la pancarte des soins et les transmissions. Dans les autres services, le dossier du patient regroupe le dossier informatisé des urgences et le dossier papier du service. Le compte-rendu opératoire est édité dans le logiciel informatisé et imprimé pour être inclus dans le dossier de soins. La lettre de sortie et le compte-rendu d'hospitalisation provisoire sont fournis au patient pour assurer la continuité des soins après la sortie. La consultation pré-anesthésique reste tracée sur un document papier. En Maternité, les obstétriciens et les sages-femmes utilisent un dossier spécifique, régional, archivé dans le secrétariat de Maternité le temps de la période active.

En SSR, les demandes d'admission internes sont réalisées via le logiciel informatisé et les demandes via TRAJECTOIRE sont acheminées par mail ou faxées, comme pour l'HAD. Le dossier patient est divisé en plusieurs sous-parties distinctes rangées dans des classeurs différents non stockés en un seul lieu : informations administratives informatisées, dossier médical papier, transmission IDE séparées et classeur de suivi de pansements.

En psychiatrie, le dossier comporte de multiples supports selon les secteurs A et B, selon le mode de prise en charge (consultation, hospitalisation complète, HDJ, ambulatoire...). Il existe une fiche de liaison établie lors des transferts en MCO pour les patients bénéficiant d'une électro-convulsivothérapie (ECT) ou pour l'IDE de secteur. Un quadriptyque permet de classer les éléments du dossier avec traçabilité de l'évaluation somatique réalisée par le médecin généraliste du service de psychiatrie à l'entrée du patient (sauf pour les entrées via les urgences). Les prescriptions médicamenteuses sont effectuées sur le logiciel informatisé. Les autres prescriptions non médicamenteuses se sont sur papier dans le dossier de soins (consignes spécifiques).

En HAD, il existe 2 supports de dossiers distincts : 1 restant au domicile du patient, l'autre stocké dans le bureau du médecin de l'HAD. Les prescriptions médicamenteuses réalisées par le médecin traitant sont vérifiées par le médecin coordonnateur et l'ordonnance imprimée par la pharmacie et intégrant le dossier de soins du domicile pour garantir la traçabilité. Le dossier de préadmission en HAD a été harmonisé avec les autres HAD de la Somme. La tenue du dossier du patient est procédurée avec une check-list vérifiée à l'admission du patient en HAD.

Les prescriptions d'examens de laboratoire sont tracées sur une fiche spécifique jointe aux prélèvements. Les résultats sont réceptionnés directement dans le dossier du patient, informatisées. Les demandes d'examens de radiologie sont effectuées dans le logiciel informatisé et les comptes rendus archivés dans le dossier du patient.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient sont assurées.

Cependant, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas réalisée en temps utile dans le dossier du patient. Les visites de services et études de dossiers patients ont révélé une absence régulière de traçabilité des soins effectués par les ASD. Lors de la visite de l'UMCA, les experts-visiteurs ont pu constaté qu'un médecin rédigeait sur un logiciel personnel le suivi médical de ses patients, non accessible aux autres professionnels médicaux ou paramédicaux, non intégré au logiciel institutionnel, ce qui empêche la disponibilité des données en temps réel (notamment dans le cadre d'une urgence). Les derniers indicateurs IPAQSS relèvent un faible taux de traçabilité de l'évaluation initiale du patient en psychiatrie. Enfin, les comptes rendus des consultations et hospitalisations de psychiatrie ne sont pas stockés ni accessibles dans le dossier informatisé institutionnel.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés. Le

rapport annuel d'activité 2014 de la CRU rapporte un délai de transmission des dossiers médicaux de 9.43 jours, dont 8.62 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 9 jours pour ceux de plus de 5 ans.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier évalue la gestion du dossier patient, notamment sur la base d'indicateurs. Les IPAQSS sont suivis dans tous les secteurs le nécessitant. Une photo-qualité trimestrielle permet un audit régulier de certains indicateurs choisis dans chaque secteur de soins. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont évalués et communiqués régulièrement à la CRU. Un bilan annuel est réalisé par la DSI auprès des sociétés gérant les différents logiciels informatisés déployés dans l'établissement. Des réunions d'information entre la direction des services techniques, la DSI et la CME sont organisées régulièrement pour rendre compte des évaluations et définir les objectifs d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées et des résultats des indicateurs. Le programme d'actions est suivi par la DSI avec actualisation régulière des tableaux de bord. Des réajustements sont proposés en fonction du déploiement prévu, possible et réalisé. Des actions d'amélioration sont en cours telles que la gestion des erreurs d'identitovigilance, ou la volonté d'affiner les profils métier afin d'adapter les droits d'accès au dossier patient. La CRU est régulièrement informée du nombre de demandes et des délais de transmission des dossiers, ainsi que du suivi des actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Les règles de gestion du dossier ne sont pas formalisées ni diffusées.</p> <p>Il n'existe pas de procédure décrivant les bonnes règles de tenue du dossier patient connue des professionnels ni disponible dans la base documentaire. Une nouvelle procédure intitulée "Organisation de l'interface : services cliniques, secrétariats, archives sur le circuit du dossier Patient" récemment actualisée en juillet 2015 et en cours en signature, ne définit toujours pas ces règles. Les visites des services ont confirmé l'hétérogénéité du rangement des dossiers des patients selon les différents secteurs.</p>	14a
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les lieux d'archivage des dossiers des patients ne permettent pas d'assurer la sécurité des données ni la confidentialité des dossiers.</p> <p>Les dossiers des patients sont entreposés dans des chariots ouverts, en salle de soins des services, non fermés à clé, ce qui pose le problème de l'accessibilité aux données du patient et à leur sécurité et confidentialité.</p>	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés.</p> <p>Le rapport annuel d'activité 2014 de la CRU rapporte un délai de transmission des dossiers médicaux de 9.43 jours, dont 8.62 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 9 jours pour ceux de plus de 5 ans.</p>	14b
	NC	<p>La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas réalisée en temps utile dans le dossier du patient.</p> <p>Le traitement personnel du patient est reporté de manière aléatoire.</p> <p>La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est inconstante selon les praticiens. Les visites de services et études de dossiers patients ont révélé une absence régulière de traçabilité des soins effectués par les ASD. Lors de la visite de l'UMCA, les experts-visiteurs ont pu constaté qu'un médecin rédigeait sur un logiciel personnel le suivi médical de ses patients, non accessible aux autres professionnels médicaux ou paramédicaux, non intégré au logiciel institutionnel, ce qui empêche la disponibilité des données en temps réel (notamment dans le cadre d'une urgence).</p> <p>Les derniers indicateurs IPAQSS relèvent un taux de 30% de traçabilité de l'évaluation initiale du patient en psychiatrie. Enfin, les comptes rendus des consultations et hospitalisations de psychiatrie ne sont pas stockés ni accessibles dans le dossier informatisé institutionnel.</p>	14a

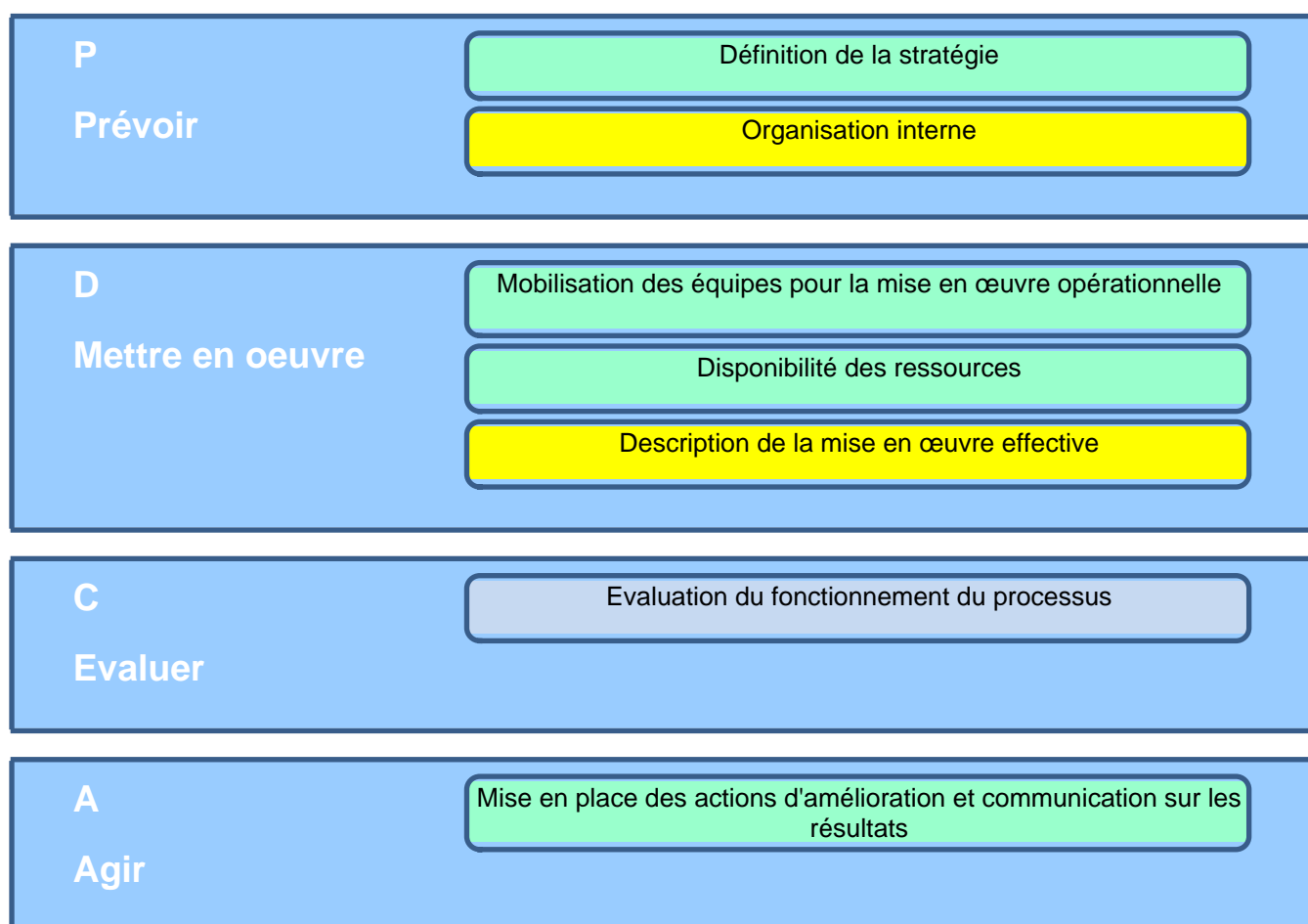
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH d'Abbeville a défini sa politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en 2013. Cette politique s'appuie sur l'identification des risques réalisée avec l'outil Interdiag en 2012 et en 2015. Les objectifs d'amélioration sont fixés et régulièrement actualisés en fonction des résultats des indicateurs et des audits. La politique intègre l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète et la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Elle a été validée par la comedims et la CME. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé articulé avec le programme d'actions institutionnel et en cohérence avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est le pharmacien responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il s'appuie sur des référents pharmaceutiques identifiés pour chaque service. Les fiches de postes sont formalisées.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La formation relative à la prise en charge médicamenteuses est organisée et comprend la formation des professionnels de la pharmacie (préparation des médicaments anticancéreux par exemple) et des référents pharmaceutiques (formation à l'outil informatique de la prescription) ainsi que la formation aux risques d'erreur médicamenteuse. Un manuel qualité décrit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au CH d'Abbeville dont la gestion des documents. Concernant les locaux et les équipements, la pharmacie est inscrite dans le projet de modernisation du CH d'Abbeville. En revanche, les règles de prescriptions des médicaments pour les supports papier ne sont pas formalisées. En réanimation, en consultation d'anesthésie et en salle de surveillance post interventionnelle, les prescriptions sont rédigées sur un support papier. Il n'y a pas de procédure formalisant les règles de prescription pour ces supports. L'identification et la gestion des médicaments à risque dans les services de soins n'est pas organisée. La pharmacie a identifié les médicaments à risque mais n'a pas encore communiqué auprès des équipes soignantes. En neurologie, en chirurgie urologique et orthopédique, le KCL est à proximité des autres électrolytes sans différenciation. Dans d'autres secteurs (santé mentale, SSR par exemple, le KCL est identifié avec des étiquettes rouges). Dans tous les services, il n'y a pas d'autres médicaments à risque identifiés.

Les interfaces entre la pharmacie et les services de soins sont organisées et formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un plan d'actions qui concerne à la fois la pharmacie et les services de soins. L'encadrement de ces services se mobilise pour sensibiliser leurs équipes sur les actions qui les concernent. Le suivi de ce plan d'actions est assuré au sein de la comedims qui en évalue périodiquement l'avancement. Si besoin des actions correctives sont définies. L'information des professionnels sur les résultats est réalisée par le biais des réunions de cadres et d'équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La pharmacie et les services de soins disposent des ressources en compétences nécessaires tant sur le plan des effectifs que sur le plan de la formation des professionnels. Les locaux et les équipements actuels sont adéquats avec l'activité. La continuité du service pharmaceutique est formalisée et décrit la conduite à tenir lors de la prescription d'un médicament en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie. Les documents utiles sont à la disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge médicamenteuse au CH d'Abbeville repose sur une prescription de médicaments en majorité informatisée. Il a cependant été noté le non-respect des règles de prescription. En pédiatrie, le protocole d'insulinothérapie du patient traceur était prescrit sur le logiciel de prescription (protocole insuline sans autre précision) et sur un document papier avec le calcul des doses pour les différents temps du protocole. L'administration de l'insuline était réalisée sur un autre support (feuille type réa avec surveillance des constantes) indiquant "protocole insuline" et l'administration aux différents temps du protocole. Dans l'unité de médecine et de chirurgie ambulatoire, pour les patients revenant du bloc opératoire, les prescriptions rédigées en salle de surveillance post interventionnelle le sont sur le

document ouvert en consultation pré-anesthésique. Ce document ne prévoit pas la traçabilité de l'administration qui est réalisée sur un autre support (feuille transmissions des IDE dans le dossier de soins). Les prescriptions d'antibiotiques en MCO ne comportent pas la durée du traitement. De plus, la prescription de certains médicaments ne respecte pas le livret thérapeutique du fait de l'absence de ces médicaments à la pharmacie, la prescription doit être revue par le praticien retardant parfois l'administration du médicament comme constaté lors d'un patient traceur.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions informatisée est effective. La dispensation des médicaments est assurée par la pharmacie qui approvisionne les services de soins chaque semaine en fonction de leur consommation. Actuellement un service est en dispensation journalière individuelle nominative. Les patients en HAD bénéficient d'une dispensation hebdomadaire individuelle nominative. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont prises en compte. Un contrôle des armoires de médicaments dans les services de soins est réalisé selon la procédure qui en décrit les modalités. Pour les services en dispensation globale, les piluliers sont préparés pour 24h et les médicaments sont administrés par les infirmières. La préparation et l'administration des chimiothérapies respectent les bonnes pratiques. Cependant, il a été observé le non-respect des bonnes pratiques de préparation des médicaments dans certains secteurs. En néonatalogie, les infirmières préparent les médicaments des nouveaux nés dans un local dédié qui ne comprend pas d'ordinateur permettant d'accéder à la prescription des médicaments. Les Ide recopient les prescriptions afin de les préparer dans le local dédié qui est à côté. La préparation des médicaments (dilution des molécules par exemple) ne concerne qu'un nouveau-né à la fois.

La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel sur l'outil informatique ou le support papier. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée pour certains médicaments comme les anticoagulants par exemple.

La gestion du traitement personnel n'est pas toujours assurée. L'analyse d'un dossier patient traceur a montré que le traitement personnel était basé sur une déclaration écrite de la patiente âgée arrivée par les urgences. Le traitement n'a pas été vérifié auprès du médecin traitant ou du pharmacien d'officine. De même l'analyse d'un autre patient traceur en santé mentale et les vérifications terrain ont montré que le traitement personnel n'était pas mentionné systématiquement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge médicamenteuse du CH d'Abbeville fait l'objet de nombreuses évaluations. Par exemple, un audit croisé de la prise en charge médicamenteuse du patient a été réalisé en 2014 dans le cadre d'un partenariat réseau santé qualité omédits Nord Pas de Calais et Picardie. Des EPP sur la prévention des risques liés à la perfusion, sur la prescription du paracétamol sur l'ensemble de l'établissement sont actuellement en cours. Des comités de retour d'expérience sont régulièrement organisés sur des erreurs médicamenteuses (environ 5 en 2015). Les audits et la mesure des indicateurs en lien avec le contrat du bon usage du médicament complètent les évaluations.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet de définir les actions d'amélioration en cohérence avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats est assurée au sein de la comedims et des réunions d'encadrement ou de groupes de travail spécifiques (groupe urgence vitale par exemple).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Absence d'identification et de gestion des médicaments à risque dans les services de soins. La pharmacie a identifié les médicaments à risque mais n'a pas encore communiqué auprès des équipes soignantes. En neurologie, en chirurgie urologique et orthopédique, le KCL est a proximité des autres électrolytes sans différenciation. Dans d'autres secteurs (santé mentale, SSR par exemple, le KCL est identifié avec des étiquettes rouges). Dans tous les services, il n'y a pas d'autres médicaments à risque identifiés.	20a bis
	PS	les règles de prescriptions des médicaments sur les supports papier ne sont pas formalisées En réanimation, en consultation d'anesthésie et en salle de surveillance post interventionnel, les prescriptions sont rédigées sur un support papier. Il n'y a pas de procédure formalisant les règles de prescription sur ces supports.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Non respect des bonnes pratiques de préparation des médicaments En néonatalogie, les infirmières préparent les médicaments des nouveaux nés dans un local dédié qui ne comprend pas d'ordinateur permettant d'accéder à la prescription des médicaments. Les Ide recopient les prescriptions afin de les préparer dans le local dédié qui est à côté. La préparation des médicaments (dilution des molécules par exemple) ne concerne qu'un nouveau né à la fois.	20a bis
	NC	Non respect des règles de prescription En pédiatrie, le protocole d'insulinothérapie du patient traceur était prescrit : - sur le logiciel de prescription : protocole insuline sans autre précision - sur un document papier avec le calcul des doses pour les différents temps du protocole L'administration de l'insuline était réalisée sur un autre support (feuille type réa avec surveillance des constantes) indiquant "protocole insuline" et l'administration aux différents temps du protocole. Dans l'unité de médecine et de chirurgie ambulatoire, pour les patients revenant du bloc opératoire, les prescriptions rédigées en salle de surveillance post interventionnelle le sont sur le document ouvert en consultation pré-anesthésique. Ce document ne prévoit pas la traçabilité de l'administration qui est réalisée sur un autre support (feuille transmissions des IDE dans le dossier de soins). Les prescriptions d'antibiotiques en MCO ne comportent pas la durée du traitement. La prescription de certains médicaments ne respecte pas le livret thérapeutique du fait de l'absence de ces médicaments à la pharmacie, la prescription doit être revue par le praticien retardant parfois l'administration du médicament comme constaté lors d'un patient traceur.	20a bis
	PS	Le traitement personnel du patient n'est pas toujours pris en compte L'analyse du dossier du patient traceur en chirurgie orthopédie a montré que le traitement personnel était basé sur une déclaration écrite de la patiente âgée de 81 ans arrivée par les urgences. Ce traitement n'a pas été vérifié auprès du médecin traitant ou du pharmacien d'officine. De même l'analyse du patient traceur santé mentale a montré que le traitement personnel n'était pas mentionné Lors des investigations terrains, un dossier en réa et un dossier en UHCD ont montré que le traitement personnel n'étaient pas mentionnés plus.	20a bis

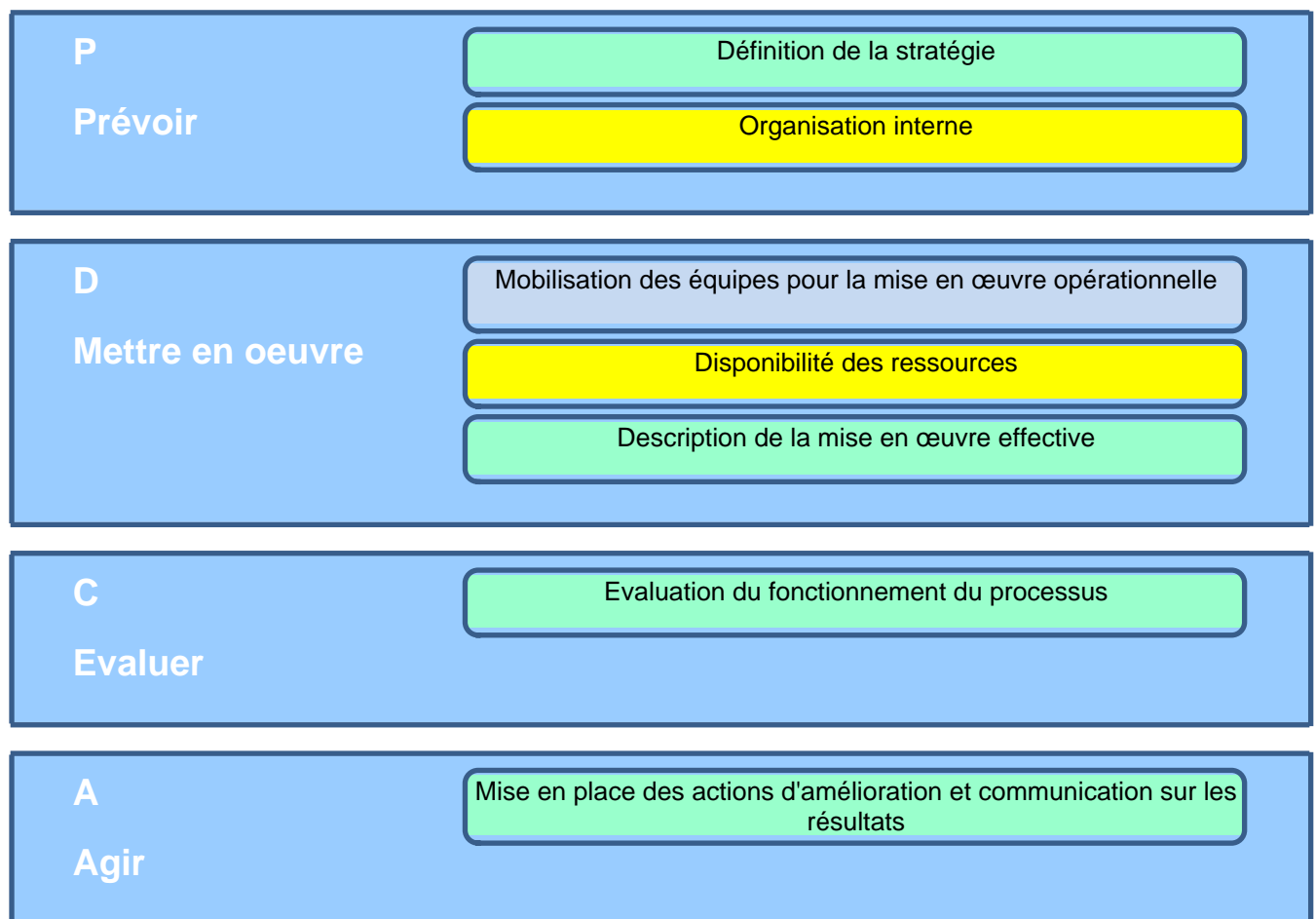
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique sur la prise en charge des Urgences est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement, notamment avec un axe prioritaire sur le volet de prise en charge des urgences pédiatriques mais aussi des urgences gynéco-obstétricales. Ces orientations s'inscrivent dans un plan plus général de travaux de reconstruction du centre hospitalier. L'établissement a intégré le Réseau des Urgentistes de Picardie, sous l'égide du SAMU 80. Des conventions de coopération sont signées entre le CH d'ABBEVILLE et le CHU d'AMIENS, établissement référent du secteur dans plusieurs spécialités. Le compte qualité intègre les 14 risques identifiés au regard de l'activité des urgences de l'établissement. Ces risques ont été mis en évidence et validés par les professionnels du service des Urgences. La criticité et le niveau de maîtrise des risques ont été réalisés conjointement par le chef de service et le cadre de santé des Urgences (sans hiérarchisation). L'identification des risques s'est également basée sur l'analyse des plaintes et des réclamations, les événements indésirables et les indicateurs personnalisés du service des Urgences. Une communication sur la politique et les objectifs définis par rapport aux risques dans un contrat de pôle est effectuée aux professionnels par les réunions de service, l'intervention de la Cellule qualité et de manière informelle lors des transmissions entre équipes.

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier d'ABBEVILLE dispose d'un Service d'Accueil des Urgences, d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de 6 chambres (et 8 lits) et d'une antenne SMUR, en relation avec le SAMU 80. Le service accueille environ 34000 entrées et réalise 2000 sorties SMUR.

Le pilotage institutionnel est formalisé avec le chef de service des Urgences, également chef de pôle ARU, et le cadre de santé, décrit dans un organigramme récemment actualisé.

Les besoins en ressources humaines sont identifiés (médecins, paramédicaux, CCA, administratifs), et basés sur la polyvalence des professionnels dans les différents secteurs et circuits et l'alternance jour-nuit. Les besoins en formation sont définis selon l'orientation du service (IOA, gestion de l'agressivité...) et inclus dans le plan de formation institutionnel. Les besoins en locaux sont connus (local IOA, accueil spécifique pédiatrique). Les matériels et équipements sont acquis selon un plan d'investissement défini sur 3 ans, et la maintenance des équipements biomédicaux est organisée. Les besoins en système d'information sont définis en collaboration avec le chef de service des urgences, par ailleurs médecin impliqué dans la cellule UDDOP. Le service des urgences a été pilote du déploiement du Dossier Patient Informatisé en 2005. L'organisation permet la connaissance des lits en temps réel grâce au logiciel informatique, couplé à un appel quotidien dans les services de soins avec fiche de traçabilité. Une partie des protocoles de prise en charge médicale sont communs au réseau des urgentistes de Picardie.

L'organisation de la prise en charge des urgences incluant le recours aux avis spécialisés est connue par les professionnels mais non formalisée. Il n'existe pas de procédure de mutation dans les services de soins ou de transfert hors établissement, ni de recours aux avis spécialisés. Le service des Urgences n'a pas non plus formalisé de règlement intérieur ni mis en place de Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées. L'établissement n'a pas validé de fiche de poste spécifique pour le personnel des Urgences tel que l'IOA, le médecin SMUR...

Les circuits de prise en charge ne sont pas tous définis ni formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Le service n'a pas rédigé de procédure sur l'accueil des populations spécifiques telles que la pédiatrie, la psychiatrie, la gynéco-obstétrique ou la gériatrie. Les locaux sont communs, sans salle dédiée pour les enfants par exemple.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le chef de service et le cadre de santé organisent une réunion de service annuelle au cours de laquelle est présenté le rapport annuel d'activité. Des groupes de travail se sont constitués sur différentes thématiques et les risques identifiés (flux, agressivité...). La communication est assurée à travers une lettre du mois mensuelle, rédigée par le cadre de santé, affichée au sein du service. Les objectifs définis dans le compte qualité concernant la reconnaissance des urgences pédiatriques sont partagés et connus des équipes. La formation est encouragée notamment sur les thèmes spécifiques : IOA, polytraumatisé, SMUR... Les professionnels du service participent à des CREX mensuelles issues de la "boîte à idées" mise à disposition des équipes et des fiches d'événement indésirable.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management du service des Urgences a mis en place de nombreux référents médicaux dans les domaines suivants : SMUR, AVC, PMO, et par circuit; et des référents paramédicaux : pharmacie, douleur et Soins Palliatifs, CLAN, hygiène, tutorat. Le secrétariat des urgences organise une permanence de 7h à 22h. Le poste IOA créé depuis 2011 fonctionne de 9h à 21h. Le nombre de professionnels formés à l'IOA est de 16 IDE sur 28, en croissance constante, la formation étant inscrite au plan institutionnel et une priorité du service. Les formations réalisées en rapport avec l'activité paramédicale sont axées sur : IOA, urgences pédiatriques, gestion de l'agressivité et de la violence, utilisation de produits anesthésiant, polytraumatisé, IDE SMUR... Les médecins bénéficient également d'une formation médicale continue avec des praticiens titulaires des diplômes universitaires suivants : Réanimation polyvalente, Douleur, Médecine Légale, Traumatologie, urgences pédiatriques, échographie en urgence, capacité de Médecine Gériatrique et PMO (en cours).

Les protocoles de prise en charge des urgences ne sont pas disponibles. Les professionnels disposent de protocoles soit rédigés en interne, soit issus du réseau des urgentistes de Picardie, soit communs à d'autres spécialités du centre hospitalier. Aucun de ces documents n'est intégré à la base documentaire institutionnelle informatisée.

Les locaux ne permettent pas le respect total de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité. La configuration actuelle du service ne permet pas de dédier un local à l'IOA malgré la mise en place d'un poste IOA depuis 2011. D'autre part, la visite du service a révélé une absence de confidentialité et d'intimité au niveau du "hall" des urgences pour les patients admis et en attente de prise en charge. Les rideaux fixés aux murs et tirés entre les brancards sur lesquels stationnent les patients ne permettent pas l'entretien confidentiel entre patient et soignants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement offre la possibilité d'une prise en charge en consultations spécialisées ou en hospitalisation directe. Les circuits sont définis au sein du service des urgences, avec un circuit court correspondant à une filière rapide pour la traumatologie légère et les consultations non programmées (4 salles d'examen + 1 salle de plâtre), un circuit long pour les patients allongés médicaux et chirurgicaux, et 2 salles de déchoquage pour les urgences vitales. Le secteur d'UHCD se compose de 6 chambres et 8 lits fonctionnant avec du personnel dédié intégré au SAU.

Les urgences pédiatriques médicales sont dirigées immédiatement en service de Pédiatrie; les cas de pédiatrie chirurgicales ou sans orientation étiologique précise sont prises en charge par un médecin urgentiste puis réorientés. Les urgences obstétricales sont admises directement en service de Maternité, alors que les pathologies gynécologiques sont vues aux urgences générales. Le SAU ne dispose pas de circuit ni de local dédié à la prise en charge des urgences psychiatriques, mais la présence d'un secteur d'hospitalisation psychiatrique sur le site du centre hospitalier favorise le recours à un avis spécialisé rapide, permanent. Un bureau est dédié à la consultation psychiatrique pour le passage quotidien en UHCD. De même, l'Unité de Médecine Gériatrique passe chaque jour en UHCD.

Les urgences neuro-vasculaires sont prises en charge au SAU grâce à la télé-imagerie disponible sur place, en relation directe avec les neurologues du CHU d'AMIENS. Un protocole de thrombolyse est en place selon les recommandations du CHU.

Le service des urgences est entièrement informatisé pour le dossier de soins et les prescriptions médicamenteuses, avec traçabilité de l'administration. Le suivi médical et les transmissions infirmières s'effectuent sur le même logiciel institutionnel.

La collaboration est effective avec tous les secteurs d'activité y compris le bloc opératoire, l'endoscopie... Le laboratoire d'analyses médicales est sur site avec réception des résultats en temps utile, les prescriptions étant rédigées sur le logiciel informatisé mais recopiées sur un bon spécifique. Il existe une garde de radiologie, 24 heures sur 24, et un accès direct des urgences en service de radiologie via les prescriptions informatisées.

Un système de gardes et astreintes est organisé, diffusé et connu des professionnels.

Le cadre de santé organise une réunion de service par an pour commenter le rapport d'activité des urgences et définir les objectifs pour l'année suivante. Le chef de service participe de fait aux conseils de pole.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation avec suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place dans le service des urgences. Le chef de service et le cadre de santé tiennent un tableau de bord mensuel permettant le suivi d'indicateurs choisis : nombre de passages, orientation, hospitalisation versus soins externes, durée moyenne de séjour en UHCD... et ce pour chaque secteur UHCD, SAU et SMUR. Sur le plan paramédical, un audit de la fiche de liaison Urgences-service de soins a été réalisé, ainsi qu'une évaluation de patient-traceur et la participation à un audit transversal sur l'identitovigilance. Le recueil et l'analyse des événements indésirables s'effectuent avec implication des personnels. Des CREX sont organisées régulièrement en associant les professionnels, suivies d'un CR disponible dans un classeur aux urgences. Quelques EPP médicales sont menées dans le service, telles que l'antibiothérapie dans les pneumopathies communautaires (menée depuis 2013, avec les pneumologues et toujours en cours), non retrouvée dans le tableau de bord des EPP de l'établissement. Une autre EPP sur le dépistage des personnes âgées fragiles au SAU est également en cours, en étape 3. Les plaintes et réclamations sont transmises par la cellule qualité au chef de service qui rédige une réponse après étude du dossier et/ou concertation du médecin concerné. La direction effectue une réponse écrite au plaignant et propose une rencontre si nécessaire. Un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage est en place mais pas selon le degré d'urgence. Le logiciel informatique permet le suivi des temps d'attente et de passage pour toutes les admissions, sans tri selon le degré d'urgence, ni la typologie des patients. Le service des urgences participe à la photo-qualité.

A / AGIR

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

En fonction de l'analyse des risques et du plan d'actions envisagé, des actions d'amélioration sont mises en place. Une fiche de liaison a été établie et validée suite aux réunions entre le groupe de travail des urgences et les autres services de soins, suivie d'une évaluation interne de cette fiche. Le risque d'agressivité identifié dans le compte qualité a abouti à la constitution d'un autre groupe de travail, avec mise en place d'un cahier spécifique, et des informations répétées du management de proximité sur la nécessité de déclarer ces événements indésirables.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'organisation de la prise en charge des urgences incluant le recours aux avis spécialisés est connue par les professionnels mais non formalisée. Il n'existe pas de procédure de mutation dans les services de soins ou de transfert hors établissement, ni de recours aux avis spécialisé. Le service des Urgences n'a pas non plus formalisé de règlement intérieur ni mis en place de Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées. L'établissement n'a pas validé de fiche de poste spécifique pour le personnel des Urgences tel que l'IOA, le médecin SMUR...	25a
	NC	Les circuits de prise en charge ne sont pas tous définis ni formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Le service n'a pas rédigé de procédure sur l'accueil des populations spécifiques telles que la pédiatrie, la psychiatrie, la gynéco-obstétrique ou la gériatrie. Les locaux sont communs, sans salle dédiée pour les enfants par exemple.	25a
D / Disponibilité des ressources	PS	Des protocoles de prise en charge des urgences ne sont pas disponibles. Les professionnels disposent de protocoles soit rédigés en interne, soit issus du réseau des urgentistes de Picardie, soit communs à d'autres spécialités du centre hospitalier. Aucun de ces documents n'est intégré à la base documentaire institutionnelle informatisée.	25a
	PS	Les locaux ne permettent pas le respect total de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité. La configuration actuelle du service ne permet pas de dédier un local à l'IOA malgré la mise en place d'un poste IOA depuis 2011. D'autre part, la visite du service a révélé une absence de confidentialité et d'intimité au niveau du "hall" des urgences pour les patients admis et en attente de prise en charge. Les rideaux fixés aux murs et tirés entre les brancards sur lesquels stationnent les patients ne permettent pas l'entretien confidentiel entre patient et soignants. D'autant que la rencontre du patient traceur d'orthopédie a validé le fait qu'aucun rideau n'était tiré lors de son admission aux urgences, et qu'il avait du patienter longtemps pour pouvoir accéder à une salle d'examen isolée et pouvoir bénéficier d'un bassin (réclamé depuis son arrivée plusieurs heures plus tôt).	25a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage est en place mais pas selon le degré d'urgence. Le logiciel informatique permet le suivi des temps d'attente et de passage pour toutes les admissions, sans tri selon le degré d'urgence, ni la typologie des patients.	25a

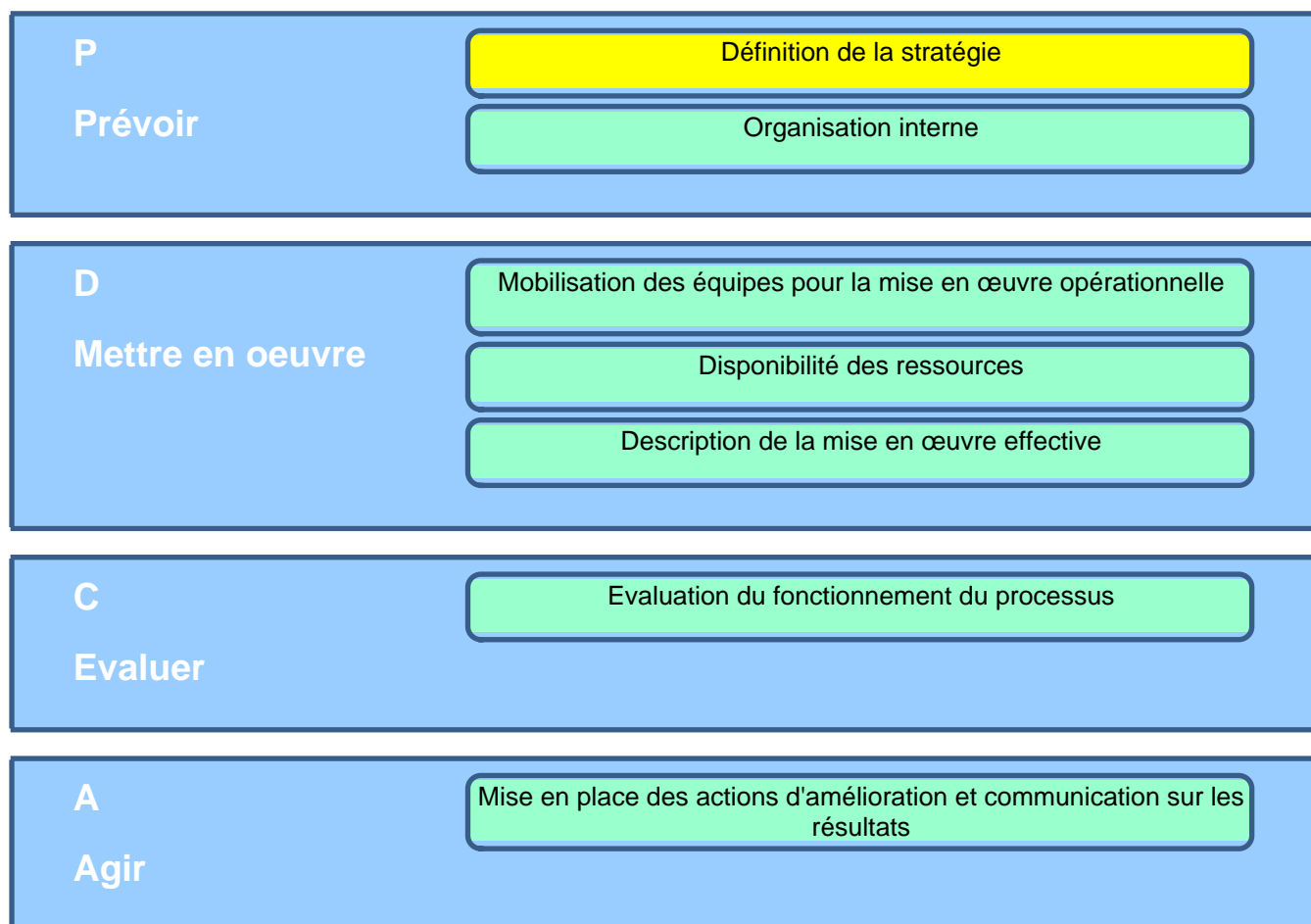
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH d'Abbeville comprend un bloc opératoire de 7 salles d'interventions dont une pour l'endoscopie et une pour les urgences obstétricales. Au moment de la visite, le bloc opératoire était en travaux et 3 salles d'interventions étaient fermées, sur les 4 salles ouvertes, une était réservée à l'endoscopie et une autre pour les urgences obstétricales.

Le service d'anesthésie a élaboré sa cartographie des risques, l'analyse a permis de fixer des objectifs et de formaliser un plan d'actions priorisées pour 2015. Les modalités de mise en œuvre sont définies. Dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, des risques ont été identifiés et hiérarchisés concernant la prise en charge des patients en pré et péri opératoire avec élaboration d'un plan d'actions dont les modalités de mise en œuvre sont définies. Cependant, l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risque n'est pas exhaustive sur tous les processus à risques qui interviennent dans la prise en charge des patients au bloc opératoire. Excepté pour la prise en charge anesthésique, les risques identifiés dans le cadre du compte qualité, ne prennent pas en compte tous les processus (logistique ,DRH...), les différentes catégories de population (les enfants),les secteurs à risques (maternité).

Les programmes d'actions sont intégrés au Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des soins institutionnel validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le conseil de bloc, présidé par le coordonnateur médical nommé par la CME, pilote la mise en place et le suivi de l'organisation du bloc avec la prise en compte des moyens humains et matériels, la réglementation, les règles de sécurité sanitaire et anesthésique et la démarche qualité et sécurité des soins. Le fonctionnement et les missions sont définis. Une commission des utilisateurs constitué des membres du conseil de bloc et des représentants de l'ensemble des professionnels intervenant dans le bloc ou des structures intervenant dans l'environnement direct participe au pilotage du bloc opératoire. Des fiches de poste sont établies pour le coordonnateur médical, les chefs de bloc IADE et IBODE. La régulation des activités du bloc est assurée par les chefs de bloc (IADE et IBODE). Leur mission est intégrée dans leur fiche de poste.

Une charte de bloc validée par le conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modes d'élaboration des programmes opératoires. La charte de chirurgie ambulatoire décrit son mode de fonctionnement avec le bloc opératoire en particulier les modalités de programmation des examens endoscopiques. La permanence de la prise en charge au bloc et en SSPI est assuré 24H/24, week end et fériés. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Les formations institutionnelles (radioprotection, patient traceur, hygiène, nouveau matériel, droit et information des patients..) mais aussi en extra muros (anesthésie et obstétrique, DU éthique, hypnose..) sont organisées. Le système de gestion documentaire informatisé et structuré permet l'accessibilité des procédures aux professionnels. Les demandes de maintenance curative des locaux sont faites informatiquement au service technique. La gestion des travaux est faite en collaboration avec l'EOH. Le dispositif d'entretien des équipements biomédicaux est assuré par le service biomédical. La maintenance préventive est planifiée selon un calendrier pré établi.

Un travail de collaboration est effectif avec la gestionnaire des risques et le coordinateur des risques liés aux soins. L'établissement a organisé ses circuits et ses interfaces avec les secteurs cliniques, les secteurs médico technique (laboratoire et radiologie), les services logistiques (circuits déchets et linge), le biomédical via la GMAO. Une charte de brancardage décrit le transfert des patients entre le bloc et les services. Le circuit du matériel entre la stérilisation externalisée est formalisé y compris en urgence.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins institutionnel est décliné en plans d'actions spécifiques aux activités du bloc. La sensibilisation est réalisée par les cadres IADE et IBODE lors des réunions de service, par affichage et par la diffusion des comptes rendus du conseil de bloc qui se réunit mensuellement. Les professionnels sont associés à la mise en œuvre des actions. La photo qualité trimestriel permet de suivre des indicateurs qualité dont le résultat sont transmis oralement et

affichés. Ces indicateurs concernent entre autre la tenue du dossier d'anesthésie et de la prise en charge des césariennes. Des audits sont réalisés pour exemple la traçabilité des DMI et la mise en œuvre de la Check List Sécurité. Des actions d'amélioration sont mise en place (modification de la fiche d'anesthésie et élaboration d'une check list relative à la composition du dossier patient).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les procédures mises à disposition sur le logiciel de gestion documentaire sont actualisées, validées et accessibles par les professionnels. Elles concernent la prise en charge des patients en pré, péri et post opératoire avec la prise en compte des interfaces (entre autre la chirurgie ambulatoire, les endoscopies, les urgences obstétricales), la gestion des risques (ex déclaration des EVI, signalement des infections du site opératoire), la planification-programmation-régulation du programme opératoire, les circuits patients, personnel et approvisionnement... Les ressources en compétences (effectifs, formation), en matériel et en équipement sont disponibles. Au moment de la visite, trois salles d'intervention font l'objet de travaux pour mise en conformité en collaboration avec le CLIN.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur met en œuvre l'organisation définie et les protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patients. La check list " Sécurité des patients au bloc opératoire" est informatisée et mise en œuvre par l'équipe opératoire. Les résultats de l'audit réalisé en juin 2015 montre que les différents temps sont renseignés (entre 80 et 95%) toutefois l'audit ne prend pas en compte les conditions de remplissage. La traçabilité des actions et des activités réalisées est effective entre autre l'ouverture des salles (FOSO), la traçabilité des DMI, la traçabilité du bio nettoyage... Le conseil de bloc se réunit une fois par mois avec un ordre du jour et un compte rendu diffusé aux professionnels et un rapport d'activité annuel. La planification des interventions est faite à partir des consultations externes. Le jeudi, le chef de bloc et le cadre coordonnateur de la chirurgie ambulatoire planifient les interventions: le type d'intervention, le jour, la date et l'heure. Le programme validé est envoyé au secteur concerné, affiché au bloc opératoire et reporté sur la planification murale du bloc. Une salle est identifiée pour les urgences obstétricales et une pour l'endoscopie. La veille de l'intervention, l'IBODE de garde confirme le programme dans les secteurs concernés. Le matin, réajustement du programme avec le chef de bloc en fonction des urgences.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement du bloc opératoire sur la base d'indicateurs, d'un bilan d'activité annuel et de réalisation d'audits. Le tableau de bord des indicateurs et les résultats d'audit sont suivis par le conseil de bloc et au niveau institutionnel par la direction qualité et la sous-commission de la CME Qualité et Gestion des Risques. Les résultats de l'indicateur IPAQSS du dossier d'anesthésie montrent une conformité à 90%. Les professionnels du bloc opératoire se sont appropriés le dispositif de déclaration des événements indésirables suivis par le conseil de bloc, certains dysfonctionnements sont traités directement à partir d'un registre interne au bloc.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont mis en place au niveau institutionnel (journal interne, rapport d'activité, compte rendu des réunions des SCQGDR) et en interne par la diffusion auprès des professionnels des comptes rendus du conseil de bloc, l'affichage des photos qualités qui permettent le suivi des indicateurs..).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risque n'est pas exhaustive sur tous les processus à risques qui interviennent dans la prise en charge des patients au bloc opératoire.</p> <p>Excepté pour la prise en charge anesthésique, les risques identifiés dans le cadre du compte qualité, ne prennent pas en compte tous les processus (logistique ,DRH...), les différentes catégories de population (les enfants),les secteurs à risques (maternité).</p>	26a

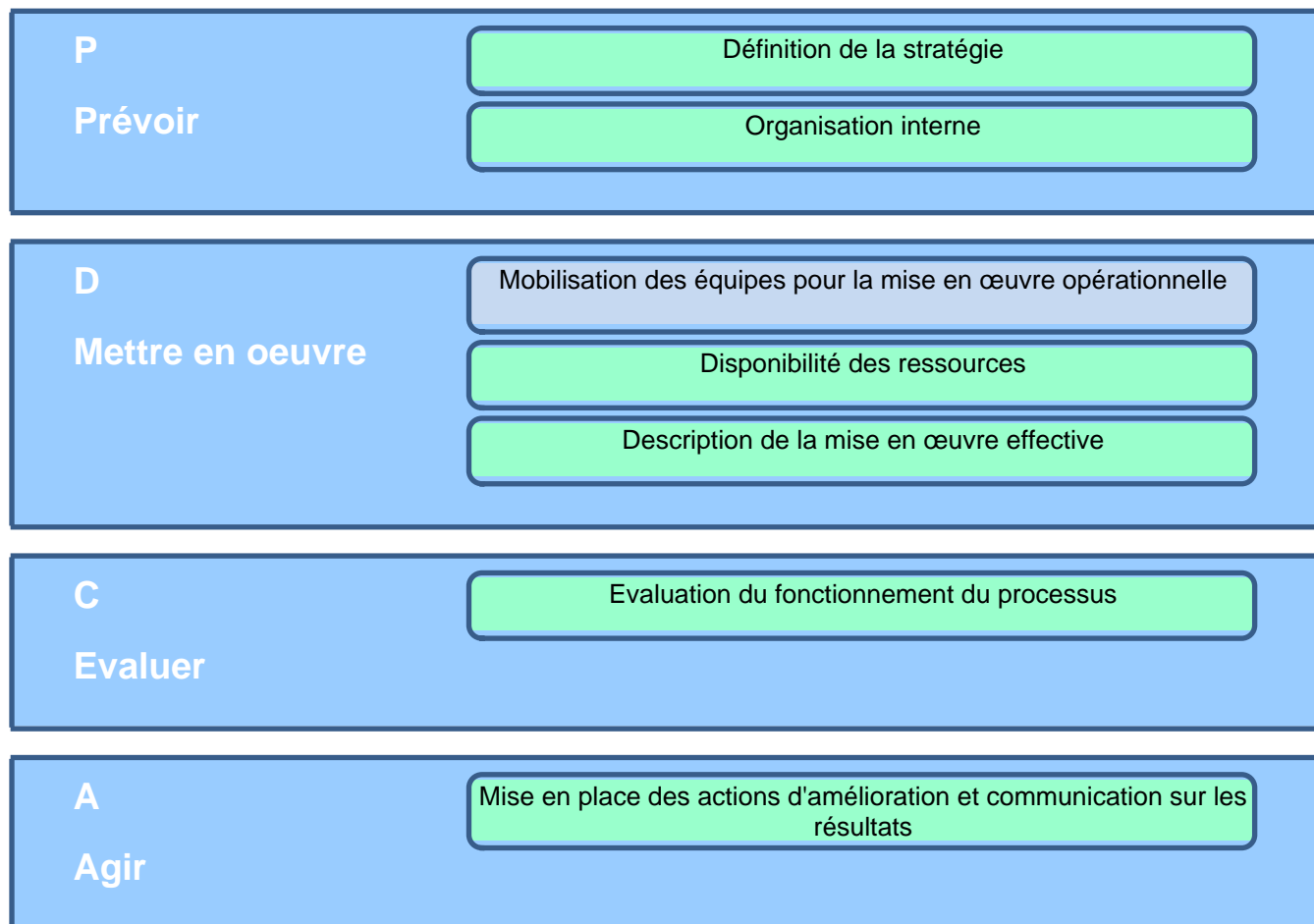
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier d'Abbeville a identifié les spécialités qui réalisent les 250 actes de radiologie interventionnelle centralisée au sein du service de radiologie. C'est l'équipe managériale du service de radiologie qui gère cette activité. Le périmètre de cette dernière a été défini en fonction des besoins de la population accueillie, des risques à priori, des compétences et matériels nécessaires au respect des bonnes pratiques. Le service a élaboré et priorisé sa cartographie des risques en associant tous les intervenants et, dans le but d'être le plus exhaustif possible, vu le nombre d'actes, en intégrant l'ensemble des risques du service de radiologie et les recommandations de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) et de la Société Française de Radiologie (SFR). Ce travail est rassemblé dans un document que le service a intitulé "Manuel Qualité". Le plan d'action est intégré dans le PAQSS institutionnel et dans le compte qualité qui est présenté aux instances après avoir été présenté à l'équipe concernée. Un tableau de bord global est élaboré et suivi semestriellement. Les responsables des activités ciblées peuvent extraire les actions qui les concernent et suivre leur évolution.

ORGANISATION INTERNE

Le service de radiologie du Centre Hospitalier d'Abbeville accueille le quasi totalité des actes effectués en radiologie interventionnelle en dehors de ceux de cardiologie qui sont pris en charge dans l'enceinte du bloc opératoire. Ce sont le chef de service et le cadre qui pilotent le processus, dans une dynamique de gestion des risques à priori. Un organigramme et des fiches de mission sont intégrés dans le manuel qualité du service de radiologie.

La Radioprotection est organisée en conformité avec la réglementation. Les circuits de flux des patients ou logistiques sont définis et revus régulièrement. Il existe un plan de maintenance des locaux et des équipements. Les ressources matérielles bénéficient d'un plan triennal d'investissement. L'ensemble du processus est informatisé et les interfaces sont opérationnelles en dehors de l'exportation des images par le PACS au sein des unités de soins qui est en cours de déploiement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et le plan d'actions sont structurés à partir du plan d'action du centre hospitalier d'Abbeville. Le plan d'action a été établi à partir du compte qualité, celui-ci est alimenté par les recommandations des organismes de contrôle, ou du collège de la spécialité. L'ensemble de l'équipe est régulièrement informée des objectifs à atteindre. La gestion des risques à priori permet aux professionnels d'intégrer immédiatement les recommandations de bonnes pratiques, voire de les anticiper dans l'organisation du parcours du patient. Des audits menés régulièrement par l'encadrement viennent compléter les inspections et contrôles ASN. Une démarche utilisant les critères de la certification ISO 9001 a été engagée par les pilotes du processus. Celle-ci a servi de base à l'élaboration du manuel qualité et au compte qualité. Les actions dégagées ont été présentées à l'équipe en y associant les praticiens des spécialités intervenant dans le processus. Les résultats sont communiqués en staffs et sur intranet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées à l'activité de l'unité. Les formations proposées par l'établissement sont réactualisées à chaque évolution de pratique. Le manuel qualité contient le tableau de suivi des compétences en nombre et en qualité. Le secteur de radiologie interventionnelle est intégré à l'unité de radiologie. Celle-ci est équipée à l'aune des activités enregistrées, le nombre de salles est modulable du fait de l'unicité de lieux et de la polyvalence des locaux. Les pratiques sont fondées sur des procédures suivies et actualisées, elles sont inscrites dans le manuel qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations de la radiologie interventionnelle du Centre Hospitalier d'Abbeville sont établies et mises en oeuvre pour chaque étapes de la prise en charge du patient. Le secteur respecte les règles formalisées dans le manuel qualité et met en oeuvre les procédures élaborées et diffusées pour l'ensemble des actes pratiqués au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire. Les interfaces entre les différents intervenants et catégories de professionnels sont coordonnées et connues. Les circuits décrits dans le manuel qualité sont respectés, régulièrement évalués et corrigés. La traçabilité des actes, du matériel, de la dosimétrie des patients et opérateurs, des différents contrôles est réalisée. Les logiciels RIS (logiciel de radiologie interfacé avec le dossier patient du Centre Hospitalier), PACS permettent d'assurer l'exhaustivité et la cohérence de la traçabilité de ces informations. Les réunions de service

hebdomadaires permettent d'assurer le suivi des organisations et de revoir les procédures et protocoles quand cela est nécessaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier d'Abbeville a élaboré un tableau d'indicateurs de suivi de l'activité de radiologie interventionnelle. Certains d'entre eux sont suivis à périodicité définie comme le délai de rendez-vous ou la non-conformité des examens d'imagerie, d'autres sont permanents (événements significatifs de radioprotection par exemple, AES, évaluation de la douleur..) et d'autres ponctuels car en lien avec une problématique particulière comme l'intérêt de développer une nouvelle activité. Des relevés de niveau de références diagnostiques (NRD) sont intégrés à ce tableau et transmis à l'IRSN et à la radio-physicienne après présentation à l'équipe managériale du secteur. L'ensemble de ces données est retranscrit dans le rapport d'activité qui est présenté aux instances de l'établissement.

A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration institutionnel du centre hospitalier d'Abbeville intègre les actions d'améliorations relevées par le secteur d'imagerie interventionnelle. Ces actions sont recensées dans le rapport d'activité et dans le manuel qualité réactualisé annuellement. Le plan d'actions est élaboré en prenant en considération les retours des inspections et des certifications antérieures. La communication de ce plan est assurée au sein de l'établissement par la diffusion du rapport d'activité et du manuel qualité, et par présentation aux instances institutionnelles.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

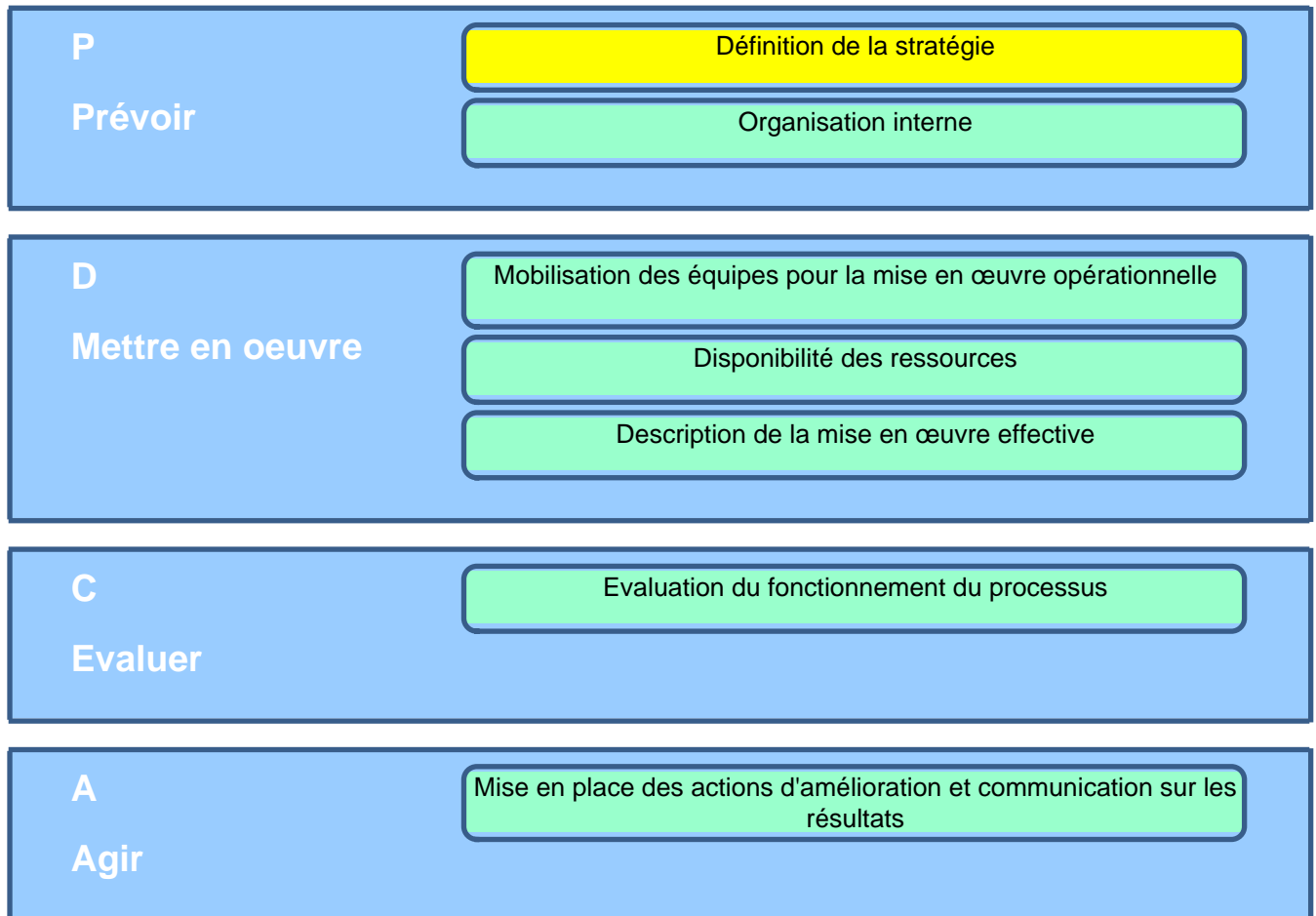
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les risques en endoscopie digestive ont été identifiés et analysés dans le cadre de l'élaboration du compte qualité avec les professionnels du service. La hiérarchisation a permis l'élaboration d'un programme d'actions dont les modalités de mise en œuvre sont établies: objectifs, responsables échéance, modalités de suivi. Cependant, excepté en endoscopie digestive, les autres spécialités (urologie, cardiologie, pneumologie, ORL) n'ont pas identifié leurs risques. Pour ces secteurs, il n'existe donc pas de programme d'actions formalisés.

ORGANISATION INTERNE

Les différents secteurs d'endoscopie sont sous la responsabilité des médecins et des cadres responsables de la spécialité. La définition d'un pilotage institutionnel commun n'est pas effective et leurs missions ne sont pas définies. De plus, le responsable de la régulation des activités permettant de garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient n'a pas été identifié. Les endoscopies digestives réalisées au bloc opératoire sont régulées par le chef de bloc en coordination avec le cadre coordinateur de la chirurgie ambulatoire. Aux consultations externes et en l'absence de pilote, la régulation des examens endoscopiques est réalisée par les infirmières et les secrétaires médicales de chaque spécialité. Elles programment les rendez-vous des examens en fonction des plages disponibles.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Chaque secteur d'endoscopie dispose de son effectif sous la responsabilité du cadre de service de la spécialité concernée. Des formations sont organisées lors de nouvelles pratiques (écho endoscope bronchique ou de l'acquisition d'un nouveau matériel (ex un lave endoscope). L'établissement a équipé chaque secteur de paillasse informatisée ou manuelle ou de lave endoscope pour permettre aux professionnels de réaliser toute les étapes de traitement des endoscopes. La maintenance préventive et curative des endoscopes est assurée par le service biomédical avec mise en place d'un cahier de vie pour tous les endoscopes. Un calendrier annuel permet de suivre les prêts et les réparations, un plan de maintenance est suivi par le service biomédical. Chaque secteur d'endoscopie dispose d'un classeur de protocoles actualisés et validés élaborés par les professionnels des services en collaboration avec l'EOH. Le traitement, la désinfection des endoscopes et le stockage sont organisés en collaboration avec l'EOH ainsi que le circuit des déchets, l'hygiène des locaux et la gestion de la qualité de l'eau. Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier au regard des besoins. Les demandes d'examens sont informatisées ainsi que les résultats de laboratoire et d'imagerie.

Dans chaque secteur de consultation, les interfaces sont organisées: avec l'EOH pour ce qui concerne la prévention du risque infectieux, avec les prescripteurs, les services cliniques dont la réanimation pour l'urgence, les services logistiques et médico techniques en particulier le bloc opératoire. Le circuit pour les prélèvements d'anatomopathologie est défini.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur décline le programme institutionnel de prévention du risque infectieux en particulier le suivi des traitements des endoscopes. Compte tenu de ses risques et besoins, le secteur d'endoscopie digestive a mis en œuvre un plan d'actions (ex améliorer la procédure de programmation des examens). Les responsables des secteurs d'endoscopie sensibilisent les professionnels sur les risques liés aux processus lors de réunion de service, par l'affichage des résultats des indicateurs et la participation des professionnels aux audits. Le suivi de la surveillance microbiologique des endoscopes de toutes les spécialités est assuré en collaboration avec l'EOH selon un calendrier préétabli. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a organisé la prise en charge des patients 24 h/24, après la fermeture des consultations, les patients sont pris en charge au bloc opératoire ou en réanimation pour l'endoscopie bronchique. Les ressources en compétences (effectif et formation), matériel et documentation (accessible et actualisé et connue) sont disponibles dans les différents secteurs d'endoscopie. 100% des professionnels sont formés à l'entretien des endoscopes. Des procédures dégradées sont accessibles aux professionnels en cas de panne informatique des paillasses informatisées ou du lave endoscope.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs d'endoscopie connaissent l'organisation définie et les protocoles mis à leur disposition, protocoles qui ont été élaborés et/ou actualisés avec leur collaboration. La coordination entre les professionnels de chaque secteur est effective (services cliniques, laboratoire, EOH, biomédical...). La programmation des examens est réalisée par les infirmières à partir de plages définies. Pour les patients pris en charge au bloc opératoire en hospitalisation programmée ou en urgence, le circuit est décrit dans la charte d'ambulatoire. La régulation est assurée par le chef de bloc. La traçabilité des actes d'endoscopie et des endoscopes utilisés est effective pour chaque patient. Cependant, la traçabilité organisée et opérationnelle incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage, désinfection, maintenance, contrôle...) n'est pas toujours effective. La traçabilité de l'évaluation du Risque de CJ n'est pas systématiquement tracée. Le risque avait été identifié dans le cadre du compte qualité. Un audit réalisé confirme que l'évaluation du risque n'est pas systématiquement réalisé.

Le CLIN est l'instance qui suit le traitement des endoscopes, la planification et les normes de conformité, il transmet les résultats aux professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du fonctionnement du processus par la réalisation d'audits, le suivi des résultats des prélèvements des endoscopes, la déclaration des événements indésirables et de non-conformité du matériel. Un audit national concernant l'entretien des endoscopes non autoclavables entre deux patients et avant stockage a été réalisé dans tous les secteurs d'endoscopie ainsi que la réalisation d'un patient traceur.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel (mise en place de CREX, formation aux gestes d'urgence, amélioration de l'information des patients...). La communication se fait via les cadres des services lors de réunions, par un courrier mensuel joint au bulletin de salaire ainsi que par le journal interne de l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques n'est pas complète sur le secteur d'endoscopie. Excepté en endoscopie digestive, les autres spécialités (urologie, cardiologie, pneumologie, ORL) n'ont pas identifié leurs risques. Pour ces secteurs, il n'existe donc pas de programme d'actions formalisés.	26b
P / Organisation interne	PS	Un responsable de la régulation des activités permettant de garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient n'a pas été identifié. Aux consultations externes, la régulation des examens endoscopiques est réalisée par les infirmières et les secrétaires médicales de chaque spécialité. Elles programment les rendez vous des examens en fonction des plages disponibles.	26b
	PS	La définition d'un pilotage institutionnel commun n'est pas effective. Les différents secteurs d'endoscopie sont sous la responsabilité des médecins et des cadres responsables de la spécialité. Leurs missions ne sont pas définies.	26b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité organisée et opérationnelle incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage,/désinfection, maintenance, contrôle...) n'est pas toujours effective. La traçabilité de l'évaluation du Risque de CJ n'est pas systématiquement tracée. Le risque avait été identifié dans le cadre du compte qualité, avec une criticité à "20" et une maîtrise à "3" . Un audit réalisé confirme que l'évaluation du risque n'est pas systématiquement réalisé.	26b

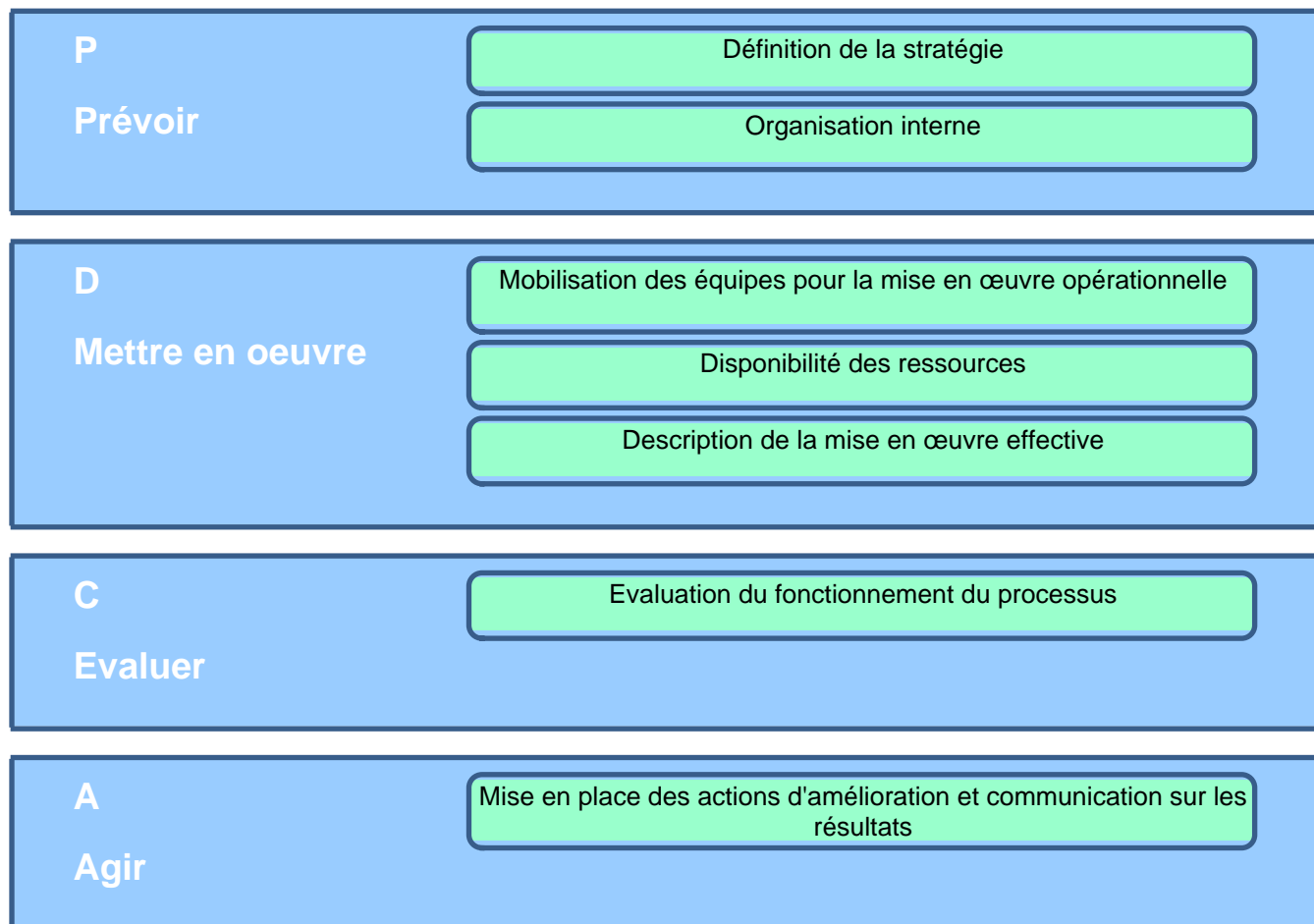
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de la salle de naissance de la maternité niveau 2A du centre hospitalier d'Abbeville a identifié ses missions et activités principales en fonction du niveau de prise en charge et du recueil des situations à risques recensés et analysés. Son positionnement au sein du réseau de périnatalité de Picardie, a permis la mise en place de conventions détaillées entre les différentes maternités de niveau 1, 2B et 3de la région. La participation de l'ensemble de l'équipe toutes catégories socio-professionnelles confondues à la hiérarchisation des risques et à l'élaboration des plans d'action fait du compte qualité un outil de management et de gouvernance du pôle partagé. Les indicateurs suivis, les EPP et les RMM ainsi que le parcours patient ont contribué à l'élaboration du compte qualité. Ces éléments ont été présentés en CME et en comité qualité, après avoir été validés au sein du pôle, ils ont été intégrés dans la démarche d'amélioration continue institutionnelle.

ORGANISATION INTERNE

Pour piloter ce processus, Le centre hospitalier d'Abbeville a établi une organisation au sein du pôle. Elle est formalisée sous forme d'une charte de service. Les responsables en sont le chef de service de gynécologie - obstétrique et le cadre sage-femme. Les fiches démissions sont rédigées et intégrées dans la charte. Des logigrammes du parcours de prise en charge de la parturiente sont élaborés, ils clarifient les missions de chacun pour son périmètre d'activité et la chronologie de ses activités. Les zones d'interactions des professionnels de santé autour de la parturiente sont amenées à évoluer fréquemment du fait des innovations dans sa prise en charge, ou des évolutions législatives. De fait celles-ci sont immédiatement corrigées et réintégré dans la charte de service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le chef de service et le cadre sage-femme assurent la mise en œuvre des plans d'actions du service. Ceux-ci ont été élaborés en équipe à partir du recensement des événements indésirables, des plaintes et réclamations, de l'analyse des enquêtes de satisfaction, de l'analyse stratégique concurrentielle de l'offre de soins à proximité et des besoins exprimés par les professionnels de la naissance. Ces axes ont été priorisés et intégrés au compte qualité qui sert de ligne conductrice des objectifs à atteindre pour le service. L'ensemble des professionnels est informé des choix et des avancées de ce travail lors des staffs pluri professionnels quotidiens. Les situations à risques graves sont examinées lors de RMM organisées à minima trimestriellement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité en qualité et en quantité. Les compétences de l'équipe sont réactualisées régulièrement en lien avec les risques recensés et priorisés et les obligations réglementaires. Les formations sont élaborées sous l'angle DPC. En terme de fonctionnement, et au regard des décrets de 1998, il est à noter que les locaux de la salle de naissance ne possèdent pas de salle de césarienne d'urgence à proximité immédiate, le centre hospitalier fait actuellement 1196 naissances (1261 en 2013). La maternité du CH d'Abbeville est dotée d'un bloc obstétrical composé de 3 salles de naissances et de 2 salles de prétravail qui ne peuvent, à ce jour, pas accueillir de gestes opératoires y compris dans le cadre de l'urgence. Une salle de césarienne est dédiée au niveau inférieur dans l'enceinte du bloc opératoire, celle-ci est accessible par un ascenseur situé dans le bloc obstétrical. En cas de panne une procédure dégradée prévoit d'emprunter l'ascenseur qui est dans le service de suites de couches en bout de couloir. L'entretien des locaux est tracé. La gestion documentaire est centralisée sur ENOV, réactualisée régulièrement et connue par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur de la naissance connaît et met en œuvre les procédures, et protocole créés pour la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés. Des logigrammes du circuit patient ont été créés et évalués. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, tracées plus particulièrement dans le cadre de l'urgence. Les zones de collaborations entre les différentes spécialités ont été définies et évoluent au fur et à mesure des analyses de risques. Un code rouge est mis en place. Un staff de régulation de l'activité chirurgicale est organisé tous les jeudis et permet de garantir le respect de la programmation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluations des pratiques, des organisations et des connaissances des personnels sont menées régulièrement, elles associent les différentes catégories socio professionnelles du secteur et les usagers. Un tableau de bord est tenu et renseigné régulièrement. Il est inclus au rapport d'activité du pôle qui est présenté aux instances annuellement. Les indicateurs HPP sont recensés annuellement depuis 2013.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations sont mises en place, intégrées dans le compte qualité et dans le programme d'action qualité et sécurité de soins du centre hospitalier d'Abbeville. Le management du pôle communique au moins deux fois par ans sur le contenu de ce programme ainsi que sur les résultats obtenus. Une révision est donc opérée régulièrement.

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.

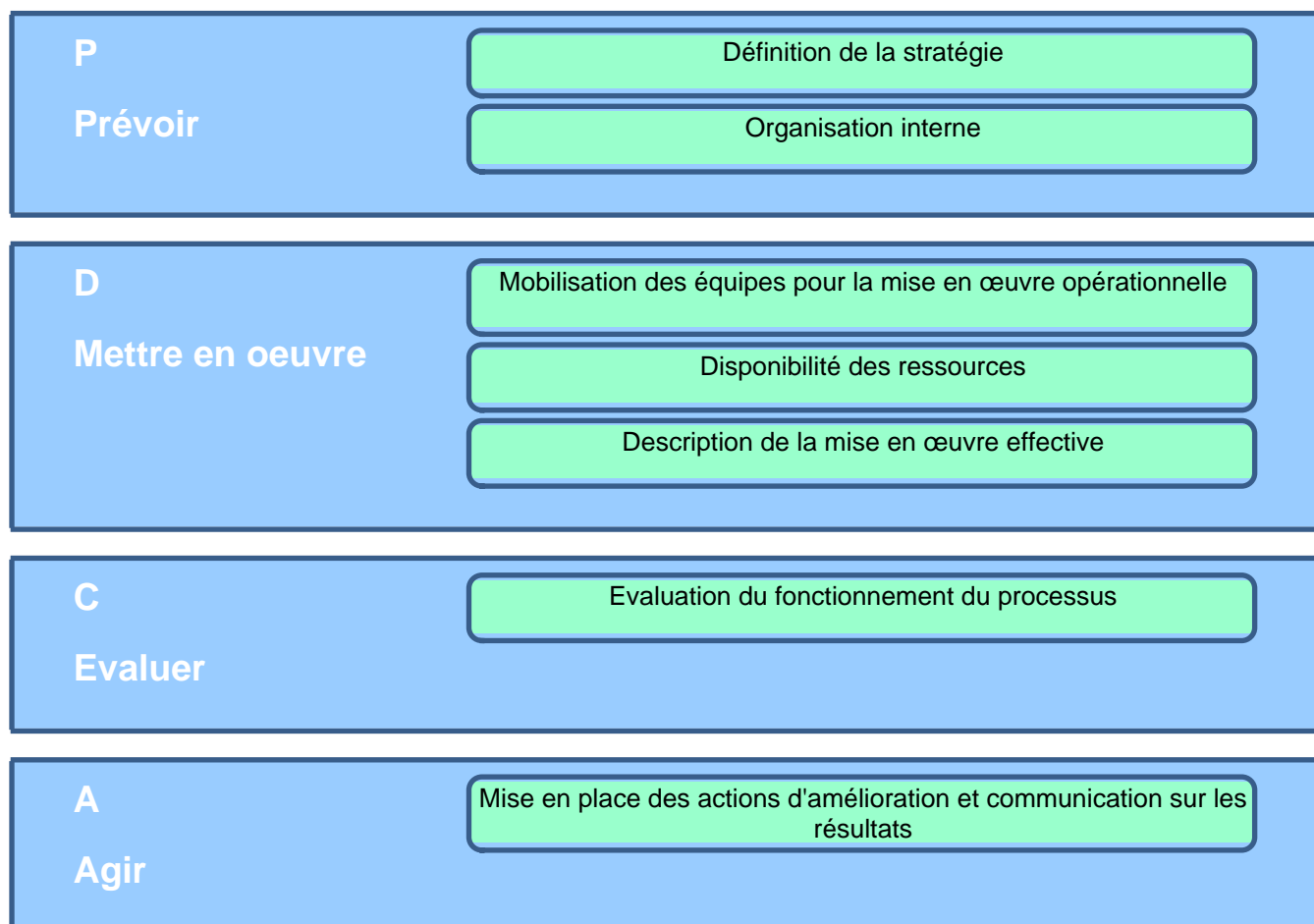
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'unité d'hospitalisation à domicile (HAD) du CH d'Abbeville a une capacité de 30 lits et prend en charge des patients atteints de pathologies diverses. Une des spécificités de l'unité est la prise en charge de patients en soins palliatifs. L'unité d'HAD a identifié ses axes prioritaires d'amélioration en lien avec l'identification des risques réalisée dans le cadre du compte qualité. Le plan d'actions est formalisé et intégré au plan d'actions institutionnel. Il a été validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient sont le médecin coordonnateur et le cadre de santé de l'HAD. Les fiches de missions sont formalisées.

L'organisation des besoins en ressources humaines est fonction de l'activité de l'HAD. Le plan de formation couvre les différents besoins nécessaires au développement des compétences des professionnels en HAD (risques routiers, soins palliatifs, toucher massage dans la relation de soins, situation de crise avec les familles en cancéro, circuit du médicament en HAD, ...). Les locaux de l'unité de l'HAD (bureaux, local de stockage) et les équipements mis à disposition des professionnels sont en adéquation avec les missions de l'unité. Il en est de même pour les documents. Un règlement intérieur décrit entre autres, le fonctionnement médical et paramédical de l'unité, l'organisation générale des interventions et des permanences du personnel, la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile du patient, la permanence et la continuité des soins, le transfert du patient, le respect des droits et des libertés du patient, la constitution et la communication des dossiers médicaux.

La gestion des interfaces et des circuits entre l'HAD et les différents secteurs du CH d'Abbeville est formalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'unité de l'HAD dispose d'un plan d'actions articulé avec le programme institutionnel. L'encadrement sensibilise régulièrement l'équipe sur les actions et les objectifs à atteindre. L'avancement des actions est mesuré régulièrement. De même l'encadrement s'assure du respect de l'organisation et des bonnes pratiques mises en place et formalisées dans la charte d'organisation infirmières et aides-soignantes. Si nécessaire des actions correctives sont définies. Les professionnels sont informés dans le cadre des réunions d'équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources humaines sont adaptés à l'activité de l'HAD avec une équipe regroupant en plus des responsables, 15 infirmières, 10 aides soignantes et une assistante sociale. La gestion des compétences est prise en compte avec le suivi du plan de formation pour chaque membre de l'équipe. Les documents utiles sont à la disposition des professionnels (Gestion et obtention des médicaments des patients de l'HAD par exemple). Les locaux et les équipements de l'HAD sont fonctionnels et en cohérence avec les besoins de l'unité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge d'un patient en HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou le médecin traitant du patient. Le patient et sa famille sont informés du fonctionnement de l'unité de l'HAD par les professionnels et par la brochure d'information remise à l'entretien d'évaluation. Le médecin traitant, choisi par le patient, est le pivot de la prise en charge médicale à domicile. Il réévalue avec le concours de l'équipe de l'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution.

Le médecin coordonnateur est garant du respect des critères médicaux d'admission en HAD et du respect du projet thérapeutique établi par l'équipe hospitalière, l'équipe HAD et le médecin traitant. Il prend contact avec les médecins hospitaliers et traitants et participe à la bonne coordination des soins à domicile.

Pour chaque patient, un projet de soins est rédigé selon quatre volets : médical, paramédical, social et psychologique.

Les prescriptions de médicaments réalisées par le médecin traitant sont saisies par le médecin

coordonnateur dans le logiciel de prescription du CH d'Abbeville. (dispensation par la pharmacie du CH et édition du support reprenant la prescription pour la traçabilité de l'administration).

La permanence des soins assurés par l'unité d'HAD du CH d'Abbeville est organisée 24h/24. L'urgence vitale est organisée en lien avec le SAMU (transmission quotidienne au SAMU de la liste des patients de l'HAD avec les coordonnées du patient et du médecin traitant et des directives anticipées).

L'approvisionnement en urgence et la conduite à tenir en cas de pannes ou de dysfonctionnements est organisée 24h/24 en lien l'équipe de l'HAD. Des conventions signées avec des prestataires complètent ce dispositif.

La continuité des soins est assurée par la tenue régulière des dossiers de soins au sein de la structure et au domicile.

Un temps de liaison quotidien entre les équipes soignantes permet le réajustement des soins. Une réunion de synthèse multidisciplinaire hebdomadaire permet de réévaluer le projet de soins personnalisé de chaque patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'unité de l'HAD évalue chaque année l'ensemble du processus de gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient dans le cadre de son rapport d'activité qui comprend les points suivants :

- activité
- gestion des ressources humaines,
- gestion des ressources à caractère médical, hôtelier, général,
- démarche qualité et gestion des risques,
- projets réalisés, communication, information et représentation professionnelles,
- mission et activité du médecin coordonnateur.

Par ailleurs l'unité d'HAD participe au recueil des indicateurs nationaux.

A / AGIR

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

Le résultat de l'évaluation annuelle et des indicateurs nationaux permet d'identifier les actions d'amélioration nécessaires. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats et des actions est organisée lors des réunions d'équipe.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

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 / Définition de la stratégie	PS	La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intégrant notamment la stratégie de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires n'est pas formalisée. Un projet de Politique Qualité et Gestion des Risques 2008- 2013 a été élaboré mais pas validé.	1e
	D / Disponibilité des ressources	NC	Le dispositif de gestion documentaire n'est pas opérationnel dans tous les secteurs. Certains services ont conservé des classeurs de procédures papier qui ne correspondent pas à la dernière version informatisée ou qui ne suivent pas les règles institutionnelles de gestion documentaire. Au bloc opératoire, les procédures de bionettoyage sont datées de 2009 alors que la version informatisée est de 2013 et elles ne sont pas signées. Les procédures des urgences ne sont pas au format qualité donc pas intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement.	5c
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'Evaluations des Pratiques Professionnelles n'est pas effective dans tous les secteurs Le secteur de chirurgie-anesthésie ne réalise pas de Revue de Mortalité -Morbidité (RMM).	28a
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas la maîtrise du risque infectieux. Les locaux de stockage intermédiaire des déchets, notamment des DASRI, ne sont pas identifiés en tant que locaux à risque (pas de signalétique ni de logo spécifique informatif), ni fermés à clé, et ne permettent pas un bio-nettoyage complet des surfaces (sols, murs et plafonds). D'autre part, les sacs de DAOM sont entreposés dans les mêmes conteneurs que les sacs et boîtes à DASRI, avec un tri secondaire réalisé dans le local terminal de DASRI, ce qui est contraire à la réglementation. La procédure de circuits des déchets des unités de soins vers les locaux intermédiaires valide ces pratiques. La Direction confirme cet état de fait, institutionnel, rapporté au manque de place dans les locaux intermédiaires.	8g
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique. Il a été noté la non appropriation par les praticiens de la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques avant la 72ème heure. L'audit des dossiers réalisés au cours de la visite des différents services confirme cette absence	8h

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			de traçabilité. Un audit interne a été initié en mars 2015 par le président du COMAI, référent en infectiologie, dont les premiers résultats (non présentés) ne semblent pas satisfaisants. Les médecins rencontrés confirment cette absence de traçabilité.	
		NC	<p>Les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre.</p> <p>Dans le but d'actualiser le carnet sanitaire de l'air, un audit demandé par le SCLIN a été réalisé par une société externe. Les résultats de cet audit ont montré des taux non conformes de germes dans l'air notamment des salles de bloc opératoire, avec pour conséquence, un niveau ISO non conforme aux seuils attendus. La seule salle ISO 5 (qui devrait en théorie être réservée aux interventions de traumatologie-orthopédie) comportait des seuils non conformes, altérant le niveau ISO. Il en était de même pour les 5 autres salles identifiées ISO 7. Le président du SCLIN explique ne pas avoir eu de visibilité sur les actions de maintenance préventive des infrastructures du bloc opératoire ni connaissance d'éventuels contrôles réalisés. Afin de gérer ce problème d'air au bloc opératoire, l'établissement, sur les conseils de l'EOH, a entamé des travaux de mise en conformité du flux laminaire de la salle ISO 5, ainsi que des travaux de réfection des sols. Au jour de la visite, 3 salles sur 7 étaient fermées, et l'activité opératoire programmée interrompue le temps des travaux (estimés à 15 jours). Seules les interventions chirurgicales urgentes et les endoscopies digestives sont effectuées dans les salles restant ouvertes.</p>	8g
		PS	<p>Les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre.</p> <p>Des prélèvements faits dans le cadre du suivi de travaux à l'UMCA ont retrouvé la présence et la circulation d'<i>Aspergillus fumigatus</i>. Les actions menées et le bio-nettoyage complet du service en mars n'ont pas permis l'éradication de ce champignon. Il n'y a pas de système de renouvellement d'air dans ce service situé dans le bâtiment le plus ancien de l'établissement. Les prélèvements effectués à l'extérieur du bâtiment et du service ont démontré que la source de contamination était extérieure.</p> <p>La problématique est liée à la sécurité du patient puisque d'importantes charges de spores peuvent être inhalées et provoquer une maladie aspergillaire grave chez certains patients immunodéprimés (patients neutropéniques, sous chimiothérapie...), patients quotidiennement admis en UMCA. L'achat et la mise en fonction d'un premier type de systèmes de décontamination et de filtration de l'air n'avaient pas permis en juillet d'obtenir des taux conformes. A ce jour, les derniers prélèvements d'air et de surface du 07/09 valident des taux inférieurs aux seuils recommandés, depuis le prêt d'un nouveau système d'extraction visiblement plus efficace. Une demande de permis d'aménagement des circulations a été envoyée le 15/06 et reste en attente de réponse à ce jour.</p>	8g
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	<p>La politique "droit des usagers" n'est pas validée ni diffusée .</p> <p>Le document formalisé présenté n'est pas passé aux instances(document de travail)</p>	1d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les professionnels n'ont pas mis en place de procédure pour respecter la dignité et l'intimité et la confidentialité pour les patients lors des soins dans les chambres à deux lits ou dans le "hall" des urgences.</p> <p>Pour les patients en chambres doubles les soins sont effectués sans paravent ni rideau dans les unités même lorsque celles-ci sont équipées en paravent.</p> <p>Les prises en charge des urgences se font sur brancard dans le hall sans que les rideaux ne soient systématiquement tirés.</p> <p>Ils étaient utilisés lors de notre premier passage, mais nous avons constaté que tel n'était pas le cas les jours suivants. Les informations délivrées aux patients dans ces conditions ne permettent pas le respect de la confidentialité.</p> <p>L'absence de local pour l'exercice de l'IOA renforce le manque de confidentialité. Les dossiers des patients sont conservés dans la salle des infirmières qui ne ferme pas à clé.</p> <p>Les charriots de rangement ne ferment pas à clé.</p>	10b
Parcours du patient	P / Organisation interne	PS	<p>les réunions pluriprofessionnelles ne sont pas organisées en médecine et en chirurgie</p> <p>En chirurgie urologique et en chirurgie orthopédique ainsi qu'en cardiologie et en neurologie, il n'y a pas de réunions pluriprofessionnelles organisées.</p> <p><u>Il y a une visite et une contre visite quotidienne.</u></p>	18a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>la vérification des chariots d'urgences dans les service n'est pas conforme à la procédure et la formation des professionnels n'est pas régulière.</p> <p>En chirurgie urologique, les professionnels rencontrés ne connaissaient pas la périodicité de vérification du chariot d'urgence</p> <p>En SSR, la traçabilité de la vérification du chariot montre que cette vérification n'est pas réalisée tous les mois (vérification en sept, juin, mai, mars).</p> <p>Dans tous les secteurs, la formation des professionnels date de plusieurs années.</p>	18b
Dossier patient	P / Organisation interne	NC	<p>Les règles de gestion du dossier ne sont pas formalisées ni diffusées.</p> <p>Il n'existe pas de procédure décrivant les bonnes règles de tenue du dossier patient connue des professionnels ni disponible dans la base documentaire. Une nouvelle procédure intitulée "Organisation de l'interface : services cliniques, secrétariats, archives sur le circuit du dossier Patient" récemment actualisée en juillet 2015 et en cours en signature, ne définit toujours pas ces règles. Les visites des services ont confirmé l'hétérogénéité du rangement des dossiers des patients selon les différents secteurs.</p>	14a
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les lieux d'archivage des dossiers des patients ne permettent pas d'assurer la sécurité des données ni la confidentialité des dossiers.</p> <p>Les dossiers des patients sont entreposés dans des chariots ouverts, en salle de soins des services, non fermés à clé, ce qui pose le problème de l'accessibilité aux données du patient et à leur sécurité et confidentialité.</p>	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés.</p> <p>Le rapport annuel d'activité 2014 de la CRU rapporte un délai de transmission des dossiers médicaux de 9.43 jours, dont 8.62 jours pour les dossiers de</p>	14b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			moins de 5 ans et 9 jours pour ceux de plus de 5 ans.	
		NC	La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient n'est pas réalisée en temps utile dans le dossier du patient. Le traitement personnel du patient est reporté de manière aléatoire. La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque est inconstante selon les praticiens. Les visites de services et études de dossiers patients ont révélé une absence régulière de traçabilité des soins effectués par les ASD. Lors de la visite de l'UMCA, les experts-visiteurs ont pu constater qu'un médecin rédigeait sur un logiciel personnel le suivi médical de ses patients, non accessible aux autres professionnels médicaux ou paramédicaux, non intégré au logiciel institutionnel, ce qui empêche la disponibilité des données en temps réel (notamment dans le cadre d'une urgence). Les derniers indicateurs IPAQSS relèvent un taux de 30% de traçabilité de l'évaluation initiale du patient en psychiatrie. Enfin, les comptes rendus des consultations et hospitalisations de psychiatrie ne sont pas stockés ni accessibles dans le dossier informatisé institutionnel.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Organisation interne	NC	Absence d'identification et de gestion des médicaments à risque dans les services de soins. La pharmacie a identifié les médicaments à risque mais n'a pas encore communiqué auprès des équipes soignantes. En neurologie, en chirurgie urologique et orthopédique, le KCL est à proximité des autres électrolytes sans différenciation. Dans d'autres secteurs (santé mentale, SSR par exemple, le KCL est identifié avec des étiquettes rouges). Dans tous les services, il n'y a pas d'autres médicaments à risque identifiés.	20a bis
		PS	les règles de prescriptions des médicaments sur les supports papier ne sont pas formalisées En réanimation, en consultation d'anesthésie et en salle de surveillance post interventionnel, les prescriptions sont rédigées sur un support papier. Il n'y a pas de procédure formalisant les règles de prescription sur ces supports.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Non respect des bonnes pratiques de préparation des médicaments En néonatalogie, les infirmières préparent les médicaments des nouveaux nés dans un local dédié qui ne comprend pas d'ordinateur permettant d'accéder à la prescription des médicaments. Les Ide recopient les prescriptions afin de les préparer dans le local dédié qui est à côté. La préparation des médicaments (dilution des molécules par exemple) ne concerne qu'un nouveau né à la fois.	20a bis
		NC	Non respect des règles de prescription En pédiatrie, le protocole d'insulinothérapie du patient traceur était prescrit : - sur le logiciel de prescription : protocole insuline sans autre précision - sur un document papier avec le calcul des doses pour les différents temps du protocole L'administration de l'insuline était réalisée sur un autre support (feuille type réa avec surveillance des constantes) indiquant "protocole insuline" et l'administration aux différents temps du protocole. Dans l'unité de médecine et de chirurgie ambulatoire, pour les patients	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>revenant du bloc opératoire, les prescriptions rédigées en salle de surveillance post interventionnelle le sont sur le document ouvert en consultation pré-anesthésique. Ce document ne prévoit pas la traçabilité de l'administration qui est réalisée sur un autre support (feuille transmissions des IDE dans le dossier de soins).</p> <p>Les prescriptions d'antibiotiques en MCO ne comportent pas la durée du traitement. La prescription de certains médicaments ne respecte pas le livret thérapeutique du fait de l'absence de ces médicaments à la pharmacie, la prescription doit être revue par le praticien retardant parfois l'administration du médicament comme constaté lors d'un patient traceur.</p>	
		PS	<p>Le traitement personnel du patient n'est pas toujours pris en compte</p> <p>L'analyse du dossier du patient traceur en chirurgie orthopédie a montré que le traitement personnel était basé sur une déclaration écrite de la patiente âgée de 81 ans arrivée par les urgences. Ce traitement n'a pas été vérifié auprès du médecin traitant ou du pharmacien d'officine.</p> <p>De même l'analyse du patient traceur santé mentale a montré que le traitement personnel n'était pas mentionné</p> <p>Lors des investigations terrains, un dossier en réa et un dossier en UHCD ont montré que le traitement personnel n'étaient pas mentionnés non plus.</p>	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	PS	<p>L'organisation de la prise en charge des urgences incluant le recours aux avis spécialisés est connue par les professionnels mais non formalisée.</p> <p>Il n'existe pas de procédure de mutation dans les services de soins ou de transfert hors établissement, ni de recours aux avis spécialisés. Le service des Urgences n'a pas non plus formalisé de règlement intérieur ni mis en place de Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées. L'établissement n'a pas validé de fiche de poste spécifique pour le personnel des Urgences tel que l'IOA, le médecin SMUR...</p>	25a
		NC	<p>Les circuits de prise en charge ne sont pas tous définis ni formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients.</p> <p>Le service n'a pas rédigé de procédure sur l'accueil des populations spécifiques telles que la pédiatrie, la psychiatrie, la gynéco-obstétrique ou la gériatrie. Les locaux sont communs, sans salle dédiée pour les enfants par exemple.</p>	25a
	D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Des protocoles de prise en charge des urgences ne sont pas disponibles.</p> <p>Les professionnels disposent de protocoles soit rédigés en interne, soit issus du réseau des urgentistes de Picardie, soit communs à d'autres spécialités du centre hospitalier. Aucun de ces documents n'est intégré à la base documentaire institutionnelle informatisée.</p>	25a
		PS	<p>Les locaux ne permettent pas le respect total de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité.</p> <p>La configuration actuelle du service ne permet pas de dédier un local à l'IOA malgré la mise en place d'un poste IOA depuis 2011. D'autre part, la visite du service a révélé une absence de confidentialité et d'intimité au niveau du "hall" des urgences pour les patients admis et en attente de prise en charge.</p>	25a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			Les rideaux fixés aux murs et tirés entre les brancards sur lesquels stationnent les patients ne permettent pas l'entretien confidentiel entre patient et soignants. D'autant que la rencontre du patient traceur d'orthopédie a validé le fait qu'aucun rideau n'était tiré lors de son admission aux urgences, et qu'il avait du patienter longtemps pour pouvoir accéder à une salle d'examen isolée et pouvoir bénéficier d'un bassin (réclamé depuis son arrivée plusieurs heures plus tôt).	
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage est en place mais pas selon le degré d'urgence. Le logiciel informatique permet le suivi des temps d'attente et de passage pour toutes les admissions, sans tri selon le degré d'urgence, ni la typologie des patients.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Définition de la stratégie	NC	L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risque n'est pas exhaustive sur tous les processus à risques qui interviennent dans la prise en charge des patients au bloc opératoire. Excepté pour la prise en charge anesthésique, les risques identifiés dans le cadre du compte qualité, ne prennent pas en compte tous les processus (logistique, DRH...), les différentes catégories de population (les enfants), les secteurs à risques (maternité).	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	NC	L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques n'est pas complète sur le secteur d'endoscopie. Excepté en endoscopie digestive, les autres spécialités (urologie, cardiologie, pneumologie, ORL) n'ont pas identifié leurs risques. Pour ces secteurs, il n'existe donc pas de programme d'actions formalisés.	26b
	P / Organisation interne	PS	Un responsable de la régulation des activités permettant de garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient n'a pas été identifié. Aux consultations externes, la régulation des examens endoscopiques est réalisée par les infirmières et les secrétaires médicales de chaque spécialité. Elles programment les rendez vous des examens en fonction des plages disponibles.	26b
		PS	La définition d'un pilotage institutionnel commun n'est pas effective. Les différents secteurs d'endoscopie sont sous la responsabilité des médecins et des cadres responsables de la spécialité. Leurs missions ne sont pas définies.	26b
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La traçabilité organisée et opérationnelle incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage, désinfection, maintenance, contrôle...) n'est pas toujours effective. La traçabilité de l'évaluation du Risque de CJ n'est pas systématiquement tracée. Le risque avait été identifié dans le cadre du compte qualité, avec une criticité à "20" et une maîtrise à "3". Un audit réalisé confirme que l'évaluation du risque n'est pas systématiquement réalisé.	26b