



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DU
TERNOIS**

Rue d'hesdin
Bp 90079

62165 Saint Pol Sur Ternoise
SEPTEMBRE 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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

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 DU TERNOIS	
Adresse	Rue d'hesdin 62165 Saint Pol Sur Ternoise
Département / région	PAS-DE-CALAIS / 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	620100081	CENTRE HOSPITALIER DU TERNOIS	Rue d'hesdin 62165 ST POL SUR TERNOISE
Etablissement de santé	620105957	USLD - SSR - CENTRE HOSPITALIER DU TERNOIS	Rue d'hesdin 62165 ST POL SUR TERNOISE
Etablissement de santé	620000067	CENTRE HOSPITALIER DU TERNOIS	Rue d'hesdin Bp 90079 62165 Saint Pol Sur Ternoise

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SLD	SLD	30
SSR	SSR	40

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Conventions avec : - le centre hospitalier d'Arras et la polyclinique du Ternois à Saint-Pol-sur-Ternoise, décret 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et Plan blanc ; - le centre hospitalier spécialisé de Saint-Venant, suivi des patients aux antécédents psychiatriques, convention créée le 19-02-1996 ; - le réseau gérontologique du Ternois, coordination médico-sociale

de tous les acteurs de santé et coopération ville-hôpital pour le maintien à domicile des personnes âgées, convention créée le 09-09-1999 ;

- le service d'aide à domicile en milieu rural de Saint-Pol-sur-Ternoise, convention créée le 28-04-98 ;
- le service de soins infirmiers à domicile de Saint-Pol-sur-Ternoise, convention créée le 28-04-1998 ;
- le service de soins infirmiers à domicile d'Aubigny-en-Artois, convention créée le 18-06-1998 ;
- l'hospitalisation à domicile, admission et sortie des patients, convention créée le 25-05-2005 ;
- le centre hospitalier de Frévent, complémentarité et Plan bleu, convention créée le 01-01-2004 ;
- le centre hospitalier de Saint-Venant, occupation de la morgue par le CPT et garde des généralistes de Saint-Pol au CPT, convention créée le 12-02-1996 ;
- le centre hospitalier d'Arras avril 2010, CSAPA.

Regroupement / Fusion	Fusion au 1er janvier 2012 avec le centre hospitalier de Frévent et l'EHPAD d'Auxi-le-Château appelé depuis centre hospitalier du Ternois.
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt de l'activité de médecine au 1er janvier 2011.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Reconversion des 20 lits de médecine en 20 lits de SSR polyvalents au 1er janvier 2011.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

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	Homme âgé de 87 ans	SRR	Polypathologies et décompensation cardiaque	transfert interne en urgence de l'UVA	Complexe	SSR
2	Homme âgé de 76 ans	SLD	Perte d'autonomie après AVC/ hémiplégié droite	Programmé	Simple	SSR
3	Femme âgée de 88 ans	UHR	Alzheimer, troubles du comportement, agressivité.	Programmé	Complexe	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

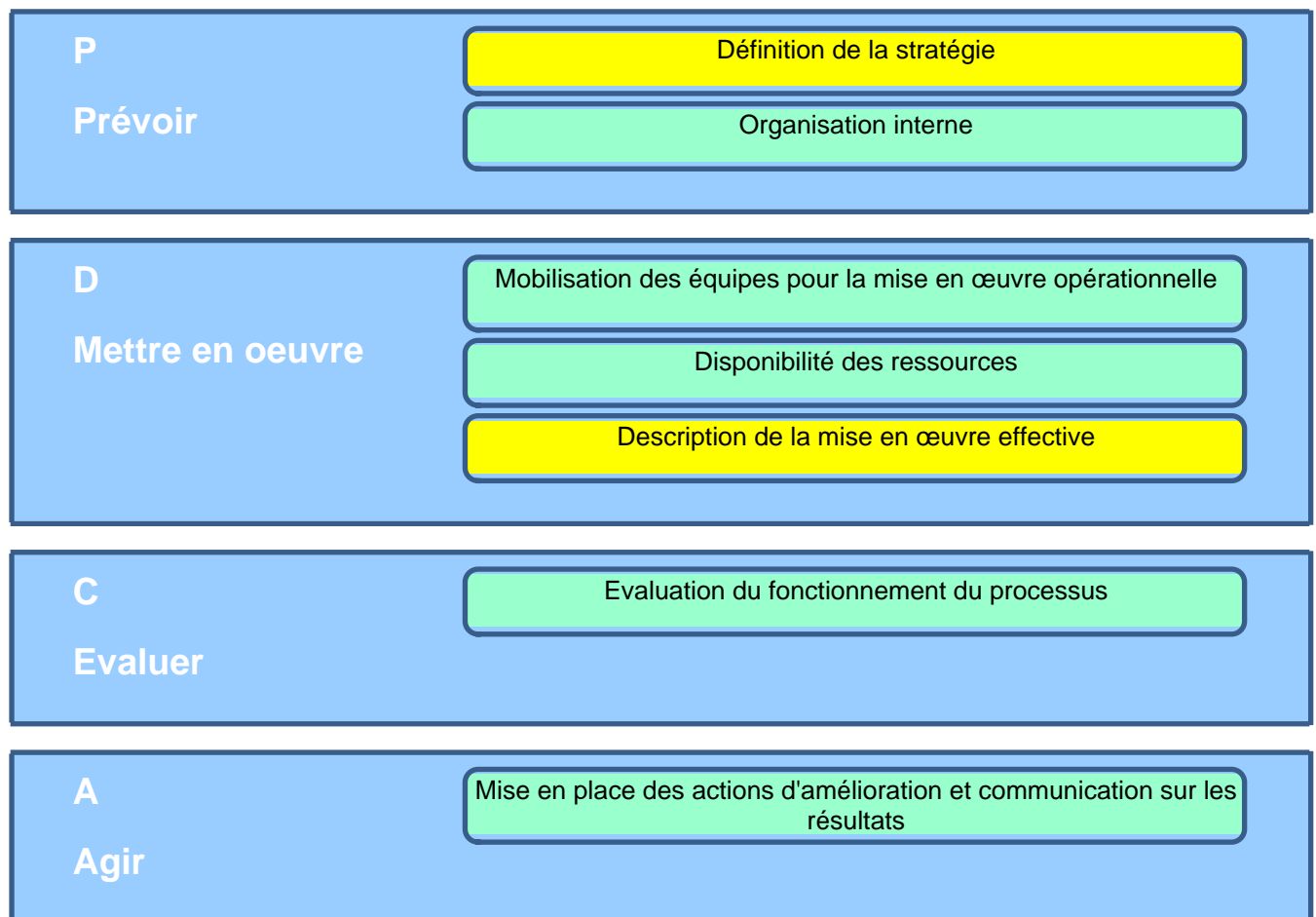
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier du Ternois (CH) a identifié ses besoins et analysé ses risques, a priori et a posteriori, à l'occasion de groupes de travail qui comprend les professionnels des secteurs d'activité concernés. L'analyse a été effectuée au regard de ses missions et des orientations régionales ou nationales (CPOM).

Les données utilisées par l'établissement : les indicateurs nationaux (IQSS-IPAQSS et ICALIN), l'analyse des Fiches d'événements indésirables (FEI) et les enquêtes de satisfaction des usagers.

Le Centre Hospitalier du Ternois (CH), a mis en place les cartographies des risques en lien avec les processus de la V2014. Les risques sont hiérarchisés dans le compte qualité, la méthodologie HAS a été utilisée pour définir les niveaux de criticité et de maîtrise des risques.

Ces éléments ont permis au CH d'établir sa politique qualité gestion des risques 2015.

Cette politique identifie 3 axes, 5 objectifs et 14 actions d'amélioration, elle est déclinée dans un programme institutionnel formalisé en deux grands chapitres : Management de l'établissement et Prise en charge du patient/résident. Cette politique est portée par le management et le programme a été présenté à la CME du 18 juin 2015, au conseil de surveillance du 18 juin 2015 et à la CRUQPC du 26 mai 2015.

La gestion de crise est incluse dans la stratégie de l'établissement. Elle est élaborée dans le cadre d'une mutualisation avec le CH d'Arras dont la direction est commune avec le CH du Ternois.

Le programme qualité gestion des risques ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, notamment tous les dysfonctionnements, les risques majeurs et récurrents, les différentes évaluations. Le programme est constitué d'actions au niveau de l'établissement, non déclinées au niveau des secteurs d'activités. Chaque action d'amélioration n'est pas gérée comme une démarche projet : pas de planification, pas de modalité de mise en oeuvre, pas de responsable identifié. Suite aux différentes évaluations, des objectifs d'amélioration sont fixés sans toutefois faire l'objet d'un plan d'action structuré.

La stratégie de développement de l'EPP n'est pas inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. On ne retrouve pas de stratégie de développement de l'EPP inscrite dans la politique QGDR. Par ailleurs il n'y a pas eu de communication sur la stratégie de déploiement de l'EPP.

Enfin il n'y pas eu de révision de la stratégie mise en oeuvre depuis 2007.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes en charge du processus sont identifiés. Les fiches reprenant les rôles et missions des pilotes, ont été élaborées au cours de la visite.

Le pilote du processus est l'attachée d'administration, assistée de la responsable qualité. La coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins est l'IDE hygiéniste désignée par la direction du CH et validée lors de la réunion de la CME du 9 décembre 2011.

Le plan de formation 2015, permet d'élever ou de maintenir le niveau de compétences des professionnels, 915 heures de formations programmées en 2015 pour le service SSR et 529 pour les USLD-UHR, elle concernent l'ensemble des professionnels, contient les thèmes des processus et des recommandations de la certification V2010. Ce plan de formation répond aux objectifs et besoins de maintien des compétences en ressources humaines.

La préparation aux situations de crise est organisée par l'existence d'un plan blanc, et d'une procédure des gestion de crise.

La gestion documentaire est structurée, par un logiciel adapté.

Le circuit de la gestion des événements indésirables est défini.

La charte "d'incitation à la déclaration des signalements des EI" basée sur la culture de l'erreur et de la non sanction est définie, avec comme objectif de maintenir le nombre de déclarations : 583 en 2013 et 499 en 2014.

La CRU se réunit 3 fois par an, dans ce cadre les RU participent à la mise en oeuvre du PAQSS qui est présenté et suivi. Les RU sont invités au : CLIN-CLAN- Conseil d'administration- CLUD - CME et au CHSCT. Le COVIRIS qui s'est réuni deux fois en 2014, permet la coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire, et gestion globale de la qualité. L'exploitation des plaintes et réclamations est réalisée lors des réunions de la CRU.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les services de la clinique. La présence des cadres de proximité aux différentes instances, l'IDE hygiéniste coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, permet de rendre effectif le lien entre les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres de santé et les membres de la cellule hygiène/qualité sont en charge du déploiement opérationnel du programme.

Le programme d'actions est décliné par thématiques, il est global pour l'ensemble des services (SSR-ULSD et Unité d'hébergement renforcée (UHR) :

- développer les coopération territoriales
- améliorer l'organisation de l'offre et du parcours de soins
- la gestion des ressources humaines et financières
- la gestion des fonctions logistiques
- optimiser la mise en oeuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité
- sécuriser le circuit du médicament
- maîtriser le risque infectieux
- répondre aux attentes des usagers
- prise en charge du patient sur l'ensemble du Centre hospitalier.

Les cadres de santé des services sensibilisent les professionnels, à l'occasion des réunions de services (3 fois par an) et d'encadrement toutes les 3 semaines.

Une réunion générale destinée à l'ensemble du personnel sur le thème de la qualité gestion des risques a été organisée par la direction du CH en octobre 2015.

La procédure de signalement des événements indésirable est effective. Une charte de non sanction signée par la direction est diffusée, la culture de l'erreur positive est présente au centre hospitalier.

Le niveau de gravité est complété par les responsables de service. L'analyse des fiches est réalisé par la cellule hygiène/qualité. les fiches sont analysées au "quotidien" par la responsable qualité et l'infirmière hygiéniste, la synthèse des signalements est présentée lors du COPIL qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les missions de la responsable qualité et le temps dédié pour assurer la coordination de la gestion des risques associés aux soins permettent la mise en oeuvre du processus.

Les effectifs sont en adéquation avec les besoins des services. Des dispositions sont prises afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas ou les effectifs nécessaires ne sont pas présents (absences maladie, congés).

Le plan de formation a été mis en oeuvre. Les professionnels ont été formés : à la démarche éthique, au risque suicidaire, à la prévention des risques médicamenteux chez les personnes âgées, à l'éthique clinique, à la fin de vie et aux soins palliatifs, aux risques psychosociaux, à l'analyse des causes profondes, au respect de la qualité hôtelière et du service à table.

Les documents utiles et nécessaires à l'activité des professionnels sont disponibles sur réseau informatique par un logiciel adapté. Le personnel a été formé à l'utilisation de l'outil par les membres de la cellule hygiène/qualité. les documents qualifiés sont actualisés tous les 5 ans.

Les procédures de gestion de crise (cellule de crise) sont présentes dans la gestion documentaire.

Le dispositif de gestion documentaire n'est pas évalué et ne fait pas l'objet d'actualisation. La procédure d'actualisation et de pertinence des protocoles et procédures tous les 5 ans n'est pas respectée. L'établissement s'est engagé à réaliser cette action en 2016.

Les locaux sont conformes et adaptés à la mise en oeuvre du processus. Le matériel est maintenu et son remplacement est prévu dans un plan annuel d'investissement, il est en adéquation avec les missions du centre hospitalier et fonctionnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les procédures et protocoles, qui permettent de garantir le fonctionnement, le management interne et la sécurité des soins.

les cadres de santé et les responsables de service organise des réunions de services 3 fois par an, d'encadrement tous les 3 semaines (avec l'EHPAD).

la participation des pilotes, co pilotes et responsables, permettent une interface opérationnelle entre tous les secteurs du centre hospitalier (médico-technique, logistique et administratif).

Les comptes rendus des réunions sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée.

Le Dispositif de gestion des évènements indésirables n'est pas opérationnel et ne permet pas une analyse des causes notamment profondes.

Les causes profondes des EI récurrents ne font pas l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. Le protocole gestion des EI est formalisé. Il a pour objet de définir l'EI et de décrire les modalités de déclaration sur le logiciel. Il ne précise pas les modalités de traitement des EIG et des EI récurrents.

Deux membres de la cellule qualité sont formés à l'analyse des cause profondes (ALARM). Aucune fiche D'EI Grave n'a été identifiée sur le secteur sanitaire, le début de la démarche étant récent.
Il y a eu trois CREX organisés sur le secteur médico-social et aucun sur le secteur sanitaire, du fait du lancement de l'initiative en fin d'année 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du processus MQGR, sur la base d'indicateurs, de tableaux de bord et d'un bilan d'activité.
Des enquêtes de satisfaction et des audits hors protocoles HAS sur la distribution des repas et le circuit du linge, ont été réalisées en 2015.
Un plan d'audit mis à jour le 21 janvier 2016 comprend des audits sur : la tenue du dossier patient en oct 2015, l'identité vigilance en oct 2015, stockage et transport des médicaments oct 2015, distribution des repas juin 2015, tri du linge oct 2015, pratiques en hémovigilance sept 2015.
L'activité annuelle du processus est présentée aux membres du Comité de pilotage, à l'occasion de l'actualisation du PAQSS, de la synthèse des déclaration des EI, et de la révision éventuelle des objectifs.
Cependant, l'établissement ne s'est pas engagé dans le programme hôpital numérique. en effet, les indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun d'hôpital numérique ne sont pas renseignés dans Osis.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le processus MQGR.
les actions d'amélioration ont porté entre autres sur la fonction linge avec la réorganisation des transports, l'achat de sonnettes supplémentaires pour pallier à un remplacement rapide des sonnettes dans les chambres, le circuit des déchets, la restauration, les courriers de sortie des patients.
La communication des résultats a lieu lors des réunions de service, des comites de pilotage, et aux instances et notamment la CRU.

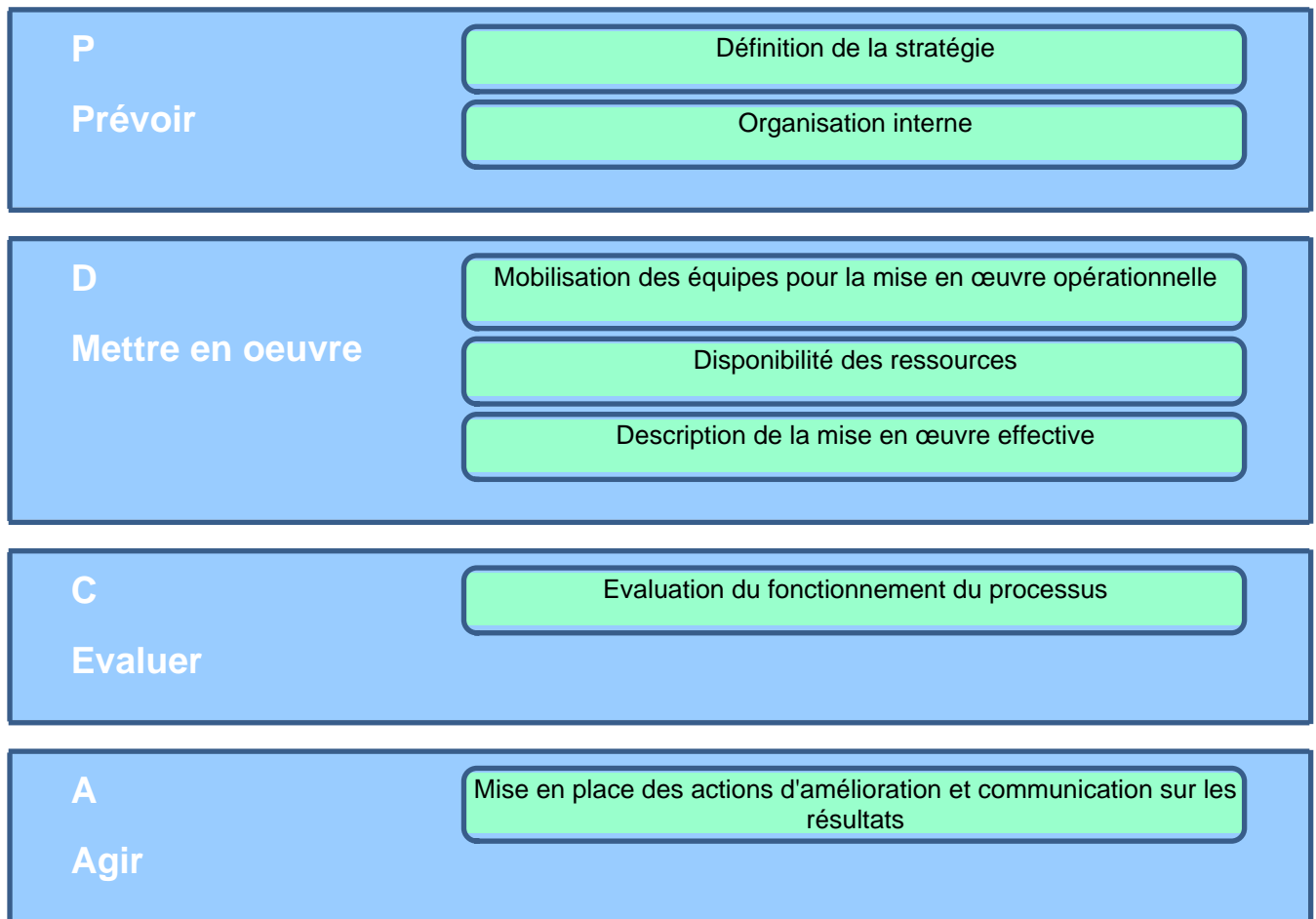
DROITS DES PATIENTS

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 projet d'établissement 2012-2016 reprend dans son point II des valeurs partagées :

- la bientraitance et la lutte contre la maltraitance
- les attentes, l'écoute, le respect, la dignité de la personne
- personnalisation de la prise en charge
- implication des familles et relation

Le groupe de travail pluridisciplinaire sur le processus droit des patients, s'est réuni en 2015. Il a permis d'identifier les risques à partir des fiches d'événements indésirables, des plaintes et réclamations et des indicateurs nationaux, afin d'élaborer un plan d'action figurant dans le compte qualité.

4 risques ont été identifiés et 8 actions d'amélioration, à partir de la hiérarchisation des risques du compte qualité.

Le programme 2015 en faveur des droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge a été présenté lors des réunions de la CME et du Conseil de surveillance du 18 juin 2015 et également le 16 juin au comité technique d'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La pilote est la cadre de santé du secteur SSR, assistée par la responsable qualité. Les fiches missions, rôles et responsabilité ont été établies pendant la visite, elles ne sont, cependant, pas connues des pilotes ni validées par les instances.

Cette organisation permet de mettre les objectifs définis dans la politique, articulée avec la CRU.

La gestion des compétences est assurée par une évaluation des professionnels et par des audits de pratiques sur le thème de la bientraitance.

Une formation concernant les soins palliatifs figure au plan de formation 2015, ainsi que d'autres thématiques relatives à la bientraitance. Un comité "bientraitance" présidé par un médecin se réunit 3 fois par an.

Les besoins et ressources nécessaires sont identifiés :

- Les besoins en procédures sont identifiés : modalités de signalement des cas de maltraitance, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, l'information donnée au patient, le recueil du consentement éclairé, l'accès du patient à son dossier, ainsi que les modalités d'exploitation des réclamations des patients ou des proches. Elles sont intégrées au dispositif de gestion documentaire, les professionnels concernés participent à leur élaboration.

Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présentant la CRU. L'affichage dans les services indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

- L'architecture des locaux permet de respecter les droits fondamentaux de la personne malade tels que l'intimité, la dignité et la confidentialité des informations la concernant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La pilote, en qualité de cadre de santé, mobilise ses équipes lors des réunions de service. Elle participe au comité de pilotage qualité et aux différentes instances institutionnelles, ce qui lui permet de sensibiliser les professionnels sur les objectifs et les actions d'amélioration. Le management s'est saisi des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients, notamment par les projets de service.

Les professionnels sont également sensibilisés à l'occasion du comité bientraitance qui se réunit 3 fois par an, par l'affichage de règles de bientraitance en date de juin 2006 (une charte actualisée est en cours pour 2016), sur la présence de directive anticipée dans le dossier.

Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques à l'occasion des entretiens annuels avec les professionnels, et par un retour des fiches d'événements portant sur ce processus.

Des actions correctives sont éventuellement identifiées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents, concernant les droits des patients sont disponibles.

Le livret d'accueil rappelle les principes de la loi Léonetti, quant à la possibilité de déposer des directives anticipées, une fiche informative est disponible à l'accueil du Centre Hospitalier du Ternois.

Les documents utiles sont disponibles pour les professionnels.

Les professionnels sont formés aux soins palliatifs et à la bientraitance.

L'architecture de l'hôpital, le nombre important de chambres individuelles, permet de respecter l'intimité

et la dignité des patients. Le service SSR comprend une seule chambre à deux lits dans laquelle a été installé un rideau de séparation.

A noter que sur le bâtiment le plus ancien 25 lits possèdent un lavabo, la douche est commune. Le personnel a adapté son activité à cette situation et s'organise pour répondre aux attentes des patients.

Les professionnels disposent d'outils pour faciliter la compréhension de patient non communicant, liste de professionnel parlant une langue étrangère, et notamment pour la prise en charge de la douleur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent et mettent en oeuvre l'organisation prévue, les cadres des services et le pilote suit les actions. Le suivi des actions est réalisé lors des réunions du COPIL qualité. Lors de son admission le patient est acteur de sa prise en charge lors de l'entretien avec l'équipe et le médecin (macro-cible) qui permet de recueillir l'adhésion du patient. Les mesures de restrictions des libertés individuelles sont organisées par la présence de prescriptions médicales sur les mesure de contention (mise en place de barrières).

Les professionnels sont sensibilisés, la prévention de la bientraitance est assurée. Les règles de bientraitance sont affichées dans le service, le document date de 2006. La pilote du processus a prévu d'actualiser le document en 2016 sous forme de charte.

Un comité de bientraitance est fonctionnel, il s'est réuni en juin 2015 à cette occasion les résultats d'un audit bientraitance ont été présentés. L'audit concernait le secteur médico social. Des courts métrages sur des situations de maltraitance ont été présentés aux professionnels. et des actions d'amélioration seront proposées.

Les directives anticipées du patient sont recherchées. Le livret d'accueil du centre hospitalier informe le patient sur les directives anticipées, un formulaire d'information est disponible à l'accueil.

Des salons dédiés aux familles permettent à l'entourage d'avoir un lieu de répit, notamment pour les patients en fin de vie.

les réunions pluridisciplinaires permettent une interface entre les secteurs de soins. Les soins délivrés, et les conditions d'hébergement permettent le respect des droits des patients, l'organisation des repas est pensée pour aider les personnes en difficultés, les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Les instances opérationnelles se réunissent CRU et CME à périodicité définie. Les comptes rendus sont disponibles dans la base documentaire électronique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué, soit par l'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction, des patients traceurs, des audits sur la bientraitance.

Les décisions du comité bientraitance sont présentés au comité de pilotage.

Deux audits sur la bientraitance ont été réalisés en 2013 et 2014. Ces audits ont apporté des actions de sensibilisation (vidéo) et des formations inscrites dans le plan annuel

A / AGIR

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

Il existe un dispositif institutionnel d'amélioration continu.

Des actions d'amélioration ont été mise en oeuvre sur des points à risque identifié : les directives anticipées, la bientraitance.

Les actions sont articulées avec le programme d'actions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

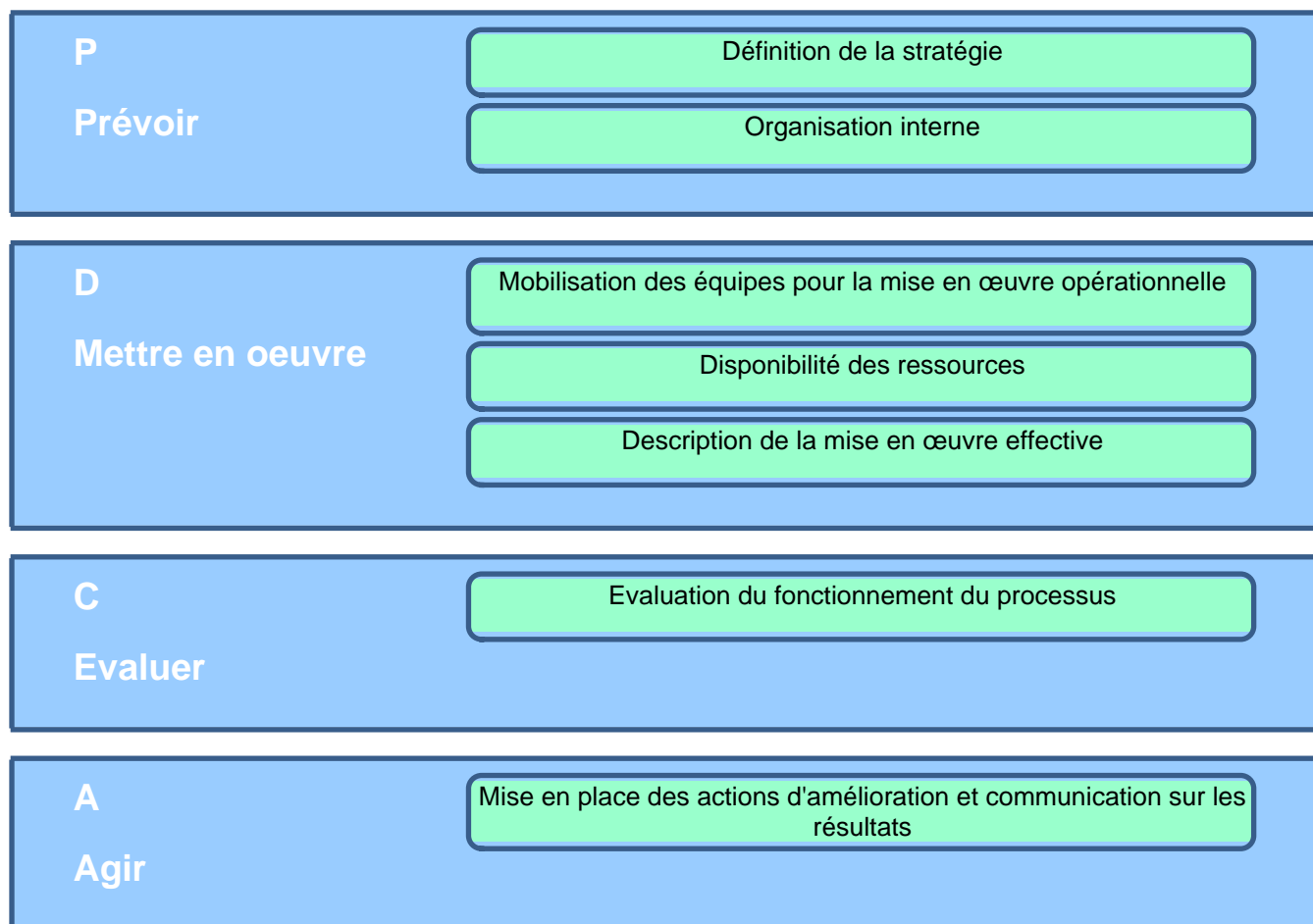
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est bien intégré dans le tissu sanitaire et social pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

Ses missions sont définies dans le projet d'établissement. Il comprend sur la section sanitaire, un SSR de 40 lits dont 5 identifiés en soins palliatifs, une unité de soins de Longue Durée de 30 lits, une Unité d'Hébergement Renforcée de 20 lits (URH) et sur le secteur medico-social (non concerné par la certification) des EHPAD pour personnes âgées dépendantes, des unités d'Hébergement pour personnes Agées Désorientées, et des Foyers d'hébergement pour adultes handicapés-mnésiques.

De plus, pour répondre aux besoins de la population, le Centre Hospitalier du Ternois constitue également une plateforme de services de proximité avec :

- une consultation de dépistage des troubles cognitifs aidant principalement au dépistage de la maladie d'Alzheimer. Cette consultation est assurée par un Médecin Gériatre et complétée par la Neuropsychologue. Cette consultation aide principalement au dépistage de la maladie d'Alzheimer et des troubles cognitifs. Une demande de labellisation consultation mémoire de proximité a été déposée à l'ARS fin 2012.

- une plateforme d'Accompagnement et de Répit aux Aidants Alzheimer (projet retenu par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du Plan Alzheimer 2008/2012). Cette plateforme installée dans les locaux du Réseau Gérontologique sur le site de Saint-Pol sur-Ternoise est un lieu d'accueil et de ressources pour les personnes aidantes qui soutiennent un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ou en perte d'autonomie.

- une consultation avancée d'Addictologie en conventionnement avec le Centre Hospitalier d'ARRAS au sein d'une Antenne du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (Antenne du CSAPA du Centre Hospitalier d'Arras installée dans les locaux du Centre Hospitalier du Ternois.)

- une consultation de neurologie en partenariat avec un Neurologue du Centre Hospitalier d'ARRAS, pour les patients/résidents du Centre Hospitalier du Ternois.

- le Réseau Gérontologique du Ternois et le C.L.I.C. qui permet par ses actions, le retour rapide au domicile avec une prise en charge adaptée. Les relations sont privilégiées entre les services de soins et les membres du réseau facilitées par leur présence au sein de l'établissement, et favorisent les différentes interventions.

- une Permanence de l'Association « Pas-de-Calais ALZHEIMER » qui se tient dans les locaux de l'établissement, elle est un point écoute et d'information pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches.

- une Permanence de la Ligue contre le cancer. Celle-ci se tient dans les locaux de l'établissement, elle est un point écoute et d'information pour les personnes atteintes d'une affection cancéreuse et leurs proches.

- une permanence de l'école de l'asthme dans les locaux de l'établissement dans le cadre de l'éducation thérapeutique de Ville des patients asthmatiques.

- le Centre de Planification en partenariat avec le Conseil Général.

Les orientations stratégiques sont précisées dans le CPOM en 4 axes :

1. faire progresser le pilotage,
2. améliorer la qualité dont la sécurité des soins,
3. développer les coopérations territoriales,
4. améliorer l'organisation de l'offre de soins et du parcours de soins.

Le projet de soins est formalisé pour les années 2012 à 2016. Il est décliné en fiches projet selon 9 axes :

- Développement de la qualité de l'accueil
- Promotion de la qualité et de la sécurité des soins,
- Développement des soins palliatifs,
- Personnalisation de la prise en soins de la personne accueillie,
- Organisation du travail,
- Recherche éthique,
- Accompagnement des personnes présentant des troubles cognitivo-mnésiques,
- Accompagnement des personnes en situation de polyhandicap.

La cartographie du processus « parcours du patient » est formalisée.

Dans le compte qualité, 14 blocs de risques sont identifiés, cohérents avec les critères du manuel V2010.

Ils sont déclinés dans un plan d'actions validé par la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'organigramme hiérarchique et fonctionnel est formalisé, il est disponible sur le réseau INTRANET et est affiché. Un coordonnateur général des soins est en place depuis 2012, et pilote le processus de soins avec l'appui des cadres de santé.

Les rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches de poste.
La permanence des soins est en place 24h sur 24 avec une présence paramédicale jour et nuit et des astreintes médicales.

Le plan de formation répond aux besoins et permet d'optimiser les compétences.
Un livret d'accueil du nouveau recruté lui est remis à son arrivée.
L'accueil des stagiaires est formalisé : une visite de l'établissement est organisée par l'encadrement, un livret d'accueil lui est remis, celui-ci est consultable sur l'intranet. Un référent professionnel lui est attribué.

Une gestion documentaire structurée est en place sur l'intranet de l'établissement.
Les travaux sont supervisés par un ingénieur technique mis à disposition par le CH d'ARRAS à hauteur de 0,20 ETP. La maintenance curative et préventive est en place.
La gestion des interfaces est organisée formellement entre les différents services (PUI, linge, déchets, restauration etc.).

L'établissement a obtenu l'autorisation de l'ARS à dispenser un programme d'éducation thérapeutique sur la prise en charge de la dénutrition le 1er décembre 2015 pour 4 ans.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins identifiés, l'encadrement a organisé la déclinaison du programme qualité/risques en plans d'action opérationnels. L'encadrement sensibilise au quotidien, les professionnels sur les risques identifiés dans leur service. Il s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est assurée. Un dispositif complet d'astreinte est en place : il existe une astreinte administrative, une astreinte médicale, une astreinte des cadres de santé, une garde du service technique, et une astreinte pharmaceutique.

Les effectifs répondent aux besoins :

* en USLD (30 lits dont 20 lits en UHR, unité séparée donc 10 lits pour cette unité, mais effectif partagé avec l'EHPAD Hortensias) un cadre de santé, une IDE le matin avec 5 AS / ASH, une IDE l'après-midi avec 4 AS/ASH, une AS la nuit, une ASH pour le bio nettoyage. Intervention sur demande de l'IDE de nuit du SSR ;

Interviennent également un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une diététicienne, la psychologue en soins palliatifs, la neuro psychologue, et l'animatrice.

* à l'UHR (20 lits) : un cadre de santé, une IDE le matin avec 3 soignants, une IDE l'après-midi avec 3 soignants (proportion soignants : 10 aides-soignantes diplômées, 2 AMP, 2 ASH). Interviennent également la psychomotricienne à temps plein, la diététicienne, la neuropsychologue, un professeur APA, un kinésithérapeute, un ergothérapeute sur prescription médicale. Il est possible aussi de faire appel à la psychologue si besoin.

* au SSR (40 lits) : un cadre de santé (temps partagé avec l'USLD), 2 IDE le matin avec 5 AS / ASH, 2 IDE l'après-midi avec 4 ASH/AS, une IDE de nuit avec une AS ; Interviennent également 2 kinésithérapeutes par jour, 2 ASH sur le bio nettoyage, le professeur APA, l'ergothérapeute, la psychologue en soins palliatifs, la neuropsychologue, la diététicienne.

Une animatrice est en poste de 9h à 12h et de 13h à 17h sur le secteur médico social et sur l'UHR. Une planification des activités est établie.

Un médecin, deux IDE, une aide-soignante, sont titulaires d'un DU soins palliatifs, un cadre de santé d'un DIUSP, un cadre de santé et une IDE d'un DU douleur. Une IDE est formée en gériatrie.

Les soignants sont identifiés sur leur tenue professionnelle.

Des formations ont été menées sur les soins d'urgence, les soins palliatifs, les risques psycho sociaux, la douleur, le handicap, la relation d'aide, la gestion des risques, formation certifiante en éducation thérapeutique

La contention physique fait l'objet d'une procédure actualisée en 2015 et disponible. Les matériels de contention concernés sont spécifiques et répondent aux besoins de l'établissement dans le respect des bonnes pratiques : gants de maintien, ceinture brassière, ridelles, fauteuil coquille, sécuridraps, ceinture abdomino-pelvienne, ceinture pelvienne, demi-poste, combi-shorts. La ré évaluation est organisée.

Les protocoles médicaux d'urgence et les protocoles de soins sont consultables sur le réseau INTRANET de l'établissement.

Le dépistage et diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique est formalisé dans une procédure en date du 15 novembre 2013. La prise en charge de la dénutrition fait également l'objet d'une procédure à la même date. Ces procédures sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La demande d'admission est réalisée par le biais du logiciel trajectoire. La décision d'admission est prise par le médecin et le cadre de santé. L'accueil est programmé. L'accessibilité aux personnes handicapées est en place. La prise en charge débute par une évaluation initiale médicale et paramédicale. Une check-list est également remplie qui programme les activités de recueil, de dépistage et les outils d'évaluation des différents aspects de la prise en charge : dépistage de la douleur, macro cible d'accueil, histoire de vie, recueil de données, dépistage de la dénutrition, évaluation du risque de chute, dépistage du risque suicide etc...

Le projet thérapeutique est élaboré dès le premier jour de l'admission, il est régulièrement ré évalué.

Un projet d'actions d'éducation est réalisé sur la prévention de la déshydratation chez la personne âgée en SSR et SLD.

Des staffs hebdomadaires sont tenues au SSR.

Une ambiance personnalisée est créée pour les soins d'accompagnement de fin de vie selon le choix du patient : toucher massage, huiles essentielles etc. Des groupes de paroles sont mis en place pour les soignants avec la psychologue.

Les outils d'évaluation de la douleur pour les patients communicants et non communicants, sont connus et utilisés.

Un DLU est constitué lors d'un transfert, il contient toutes les informations utiles à la prise en charge.

Les procédures et protocoles sont connues et appliquées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses évaluations sont menées sur les différents aspects de la prise en charge : un audit en hémovigilance a été réalisé en décembre 2015. Trois axes d'amélioration ont été identifiés.

Des staffs EPP sont régulièrement menés sur la prise en charge de la douleur : des actions d'amélioration sont identifiées en équipe pluridisciplinaire et des mesures correctives sont mises en place.

Une APP (Analyse des Pratiques Professionnelles) a été réalisée sur les soins palliatifs et a permis de repérer des axes d'amélioration.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux de bord d'indicateurs.

A / AGIR

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

Suite aux différentes évaluations des mesures correctives sont mise en place comme par exemple la formation technique des équipes à l'utilisation de la PCA et l'amélioration de l'éducation du patient et de sa famille à son utilisation.

Le bilan des chutes est formalisé dans un document mis à disposition des professionnels sur le site intranet ainsi que les résultats de l'évaluation du risque nutritionnel, du risque d'escarre, et des staffs EPP.

Les informations sont transmises par le biais des réunions de cadres de santé et de service, au cours des transmissions pluridisciplinaires.

Les résultats de l'audit sur l'hémovigilance ont été diffusés à la CME, à la CSIRMT, au service SSR, à la PUI, au coordonnateur régional d'hémovigilance ARS Nord Pas de Calais, à l'EFS Nord de France.

Le projet de soins validé par la CSIRMT a été diffusé à la CME et aux instances de l'établissement. Les cadres de santé l'ont présenté à l'ensemble des professionnels lors des réunions de service.

Il est également consultable sur le réseau INTRANET du CH.

L'établissement participe à différents événements : semaine bleue, journée nationale du lavage des mains, marchés de saison, semaine de la qualité et de la sécurité des soins. Des journées portes ouvertes sont organisées.

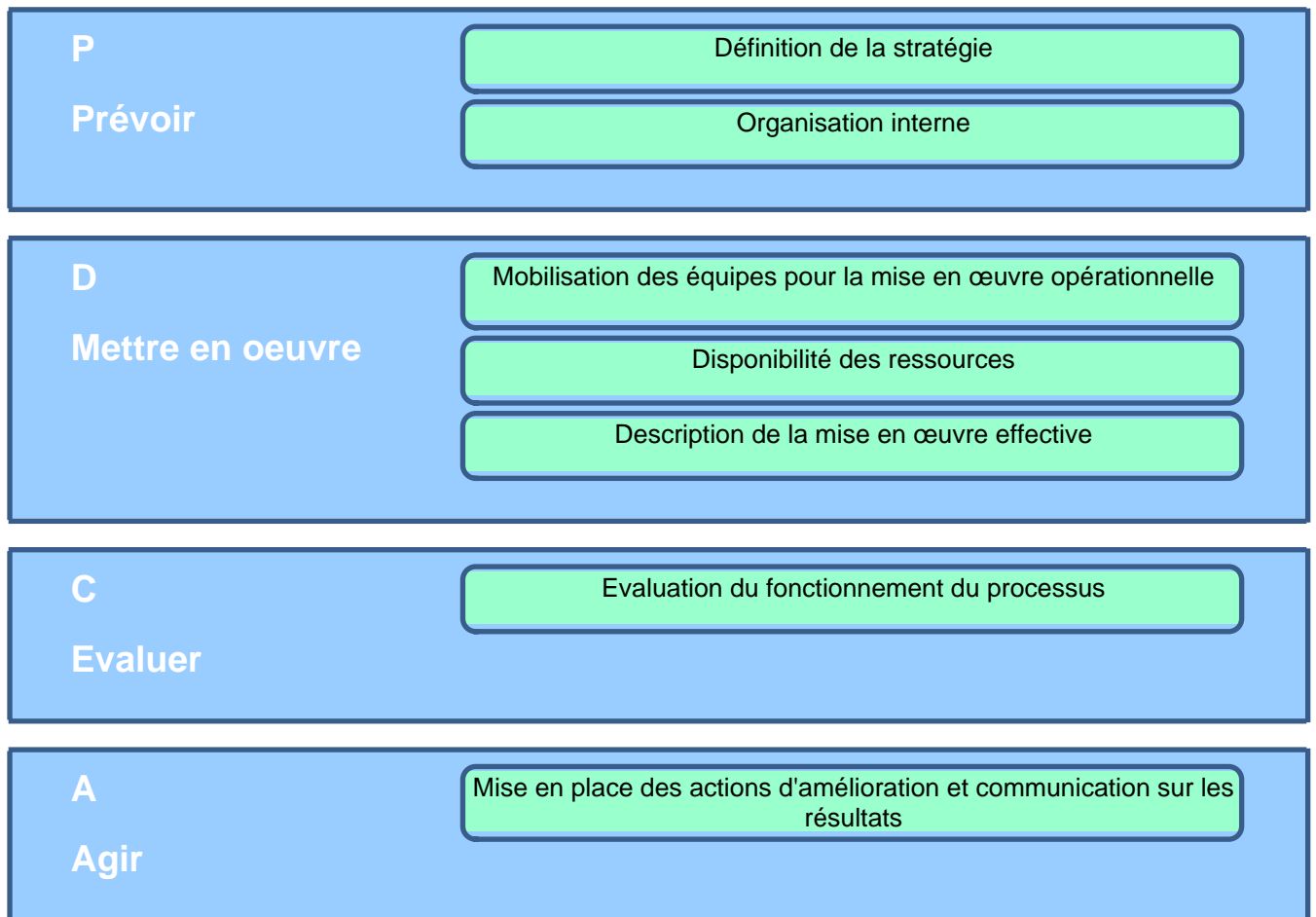
DOSSIER PATIENT

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 projet d'établissement 2012-2016, dans sa partie IV - Gestion du système d'information aborde : la communication du dossier patient, la prescription électronique alimentant le plan de soins, le dossier patient informatisé.

Ce Projet d'établissement validé par les instances est décliné dans le compte qualité.

Le centre hospitalier a identifié ses besoins et analyse des risques avec les professionnels concernés lors de groupe de travail dédiée au processus du dossier patient. Le CH a utilisé pour cette analyse les données issues : des indicateurs IQSS-IPAQSS, les fiches des signalements des événements Indésirables, les projets de service. Les Règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées.

Le compte qualité identifie : 4 risques et trois actions d'amélioration issues de cette analyse de risques. Les niveaux de criticité et de maîtrise sont établis à partir de la grille proposée par la HAS. Ils permettent de hiérarchiser les risques.

Les modalités de suivi sont effectives à partir du Compte Qualité, des responsables ou instance sont désignés pour chaque action, avec des indicateurs de suivi.

Le Compte Qualité a été présenté aux instances, il est disponible sur le réseau informatique du centre (gestion documentaire).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilote est la cadre de santé assistée de la responsable qualité.

Au regard des besoins et risques l'établissement a prévu les ressources humaines en adéquation avec les missions.

Un plan de formation annuel a été élaboré. Il permet le maintien en compétences des professionnels. Les locaux sont adaptés et un plan de renouvellement du matériel informatique est programmée pour 2016. Une actualisation est en cours pour les nouveaux serveurs, nouvelle version du logiciel dossier patient, et pour formaliser le schéma directeur informatique et la politique sécurité du SI.

Il existe une procédure de tenue du dossier patient disponible et connu.

Les règles de tenue du dossier sont connues par les professionnels. Ils permettent de répondre à la gestion du dossier patient de la création à la destruction.

Le dossier est majoritairement en version informatique, une partie reste en papier. Les résultats de biologie sont interfacés directement avec le dossier informatisé.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activités, notamment entre secteurs cliniques, médicotechniques (laboratoire, imagerie et PUI) et secteurs administratifs (équipe QGDR, CRU).

Les cadres des services sont référents du Dossier Informatisé du Patient, ils sont en charge de la formation et du maintien des compétences. L'arrivée de nouveau professionnel est organisée, un professionnel "tuteur" du nouvel arrivant à la mission de lui présenter le service et de le former aux outils informatiques.

L'accès au dossier par le patient est organisé, l'information figure dans le livret d'accueil. Le respect des délais figure dans le CR de la CRU.

Le CH du Ternois a mutualiser par convention, les compétences du service informatique de l'Hôpital d'Arras (ingénieurs et techniciens). Ils répondent aux demandes de maintenance et d'intervention.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le pilote du processus organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, les objectifs et plan d'action sont retrouvés dans le compte qualité.

Les responsables (cadres de santé, la coordonnatrice des soins, le pharmacien, la responsable qualité et la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins), sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus, et se sont saisis des enjeux liés au dossier patient.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, entretien professionnel annuel), par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnement, baisse des résultats ou des indicateurs).

Le Protocole composition du dossier patient papier : la fiche de pré admission, les courriers (admission et CRO), la fiche de transfert du service sortant, les CR de consultations, les résultats de laboratoire, la fiche de renseignements administratifs, l'identification de la personne de confiance, permet de s'assurer de la conformité des pratiques. Les directives anticipées des patients, sont également recherchées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe un livret d'accueil pour les stagiaires en soins infirmiers, qui leur sont transmis.

Les ressources sont disponibles :

- les effectifs sont en adéquation avec l'activité, les formations inscrites au plan de formation annuel sont réalisées.
- en documentation (guide d'utilisation du dossier patient sous forme informatique, accessible et actualisée), procédure en mode dégradé, archivage du dossier patient 2007, contrôle qualité PMSI 2011, tenue du dossier informatisé 2011, transfert 2015, sont disponibles.

- en matériel :

- ordinateurs fixes situés dans les salles des soignants et les responsables, des chariots mobiles avec des supports pour écrans.

l'outil informatique permet de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient

- des serveurs principaux et des serveurs en miroir pour les sauvegardes

- les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation des dossiers et de préserver la confidentialité des informations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le personnel des services (médecins, infirmiers, aides soignants, et les para médicaux) connaît l'organisation définie et met en oeuvre les règles établies dans le guide d'utilisation du DIP en vue de la prise en charge du patient.

La coordination entre professionnels est réalisée par la coordonnatrice des soins en collaboration avec les cadres de service.

Le dossier du patient contient les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge. Ces informations sont connues des professionnels prenant en charge le patient, en tenant compte des règles de confidentialité.

Les interfaces entre secteurs (SSR-USLD et UHR), médico-techniques (imagerie, laboratoire), techniques et logistiques (service informatique, technique, PUI) et administratifs sont opérationnelles.

La sécurité du système d'information est assuré, notamment dans le cas d'une coupure totale : par la procédure dégradée, et par l'édition d'une feuille de prescription à l'occasion de chaque modification de traitement.

Dans l'attente de la formalisation de la procédure de reprise d'activité (prévue en 2016), le médecin du service reprend les prescriptions sur le logiciel lorsque que l'incident est terminé, à partir de l'interruption du service.

Le centre Hospitalier s'engage à renseigner les indicateurs HN en 2016.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (audits de dossiers : IQSS HAS) ou hors protocole HAS, et des indicateurs définis au plan d'action : nombre de fiches de signalement d'événements indésirables, suivi des demandes de dossiers des patients, délai de transmission des dossiers (>5 ans et <5ans), en lien avec la CRU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le compte qualité.

La communication des résultats est réalisées par le journal inter flash dans le n°1 est paru en septembre 2015 sur un rythme trimestriel, par intranet, par la gestion documentaire électronique et par les notes de service.

Et auprès des usagers par l'intermédiaire des réunions de la CRU.

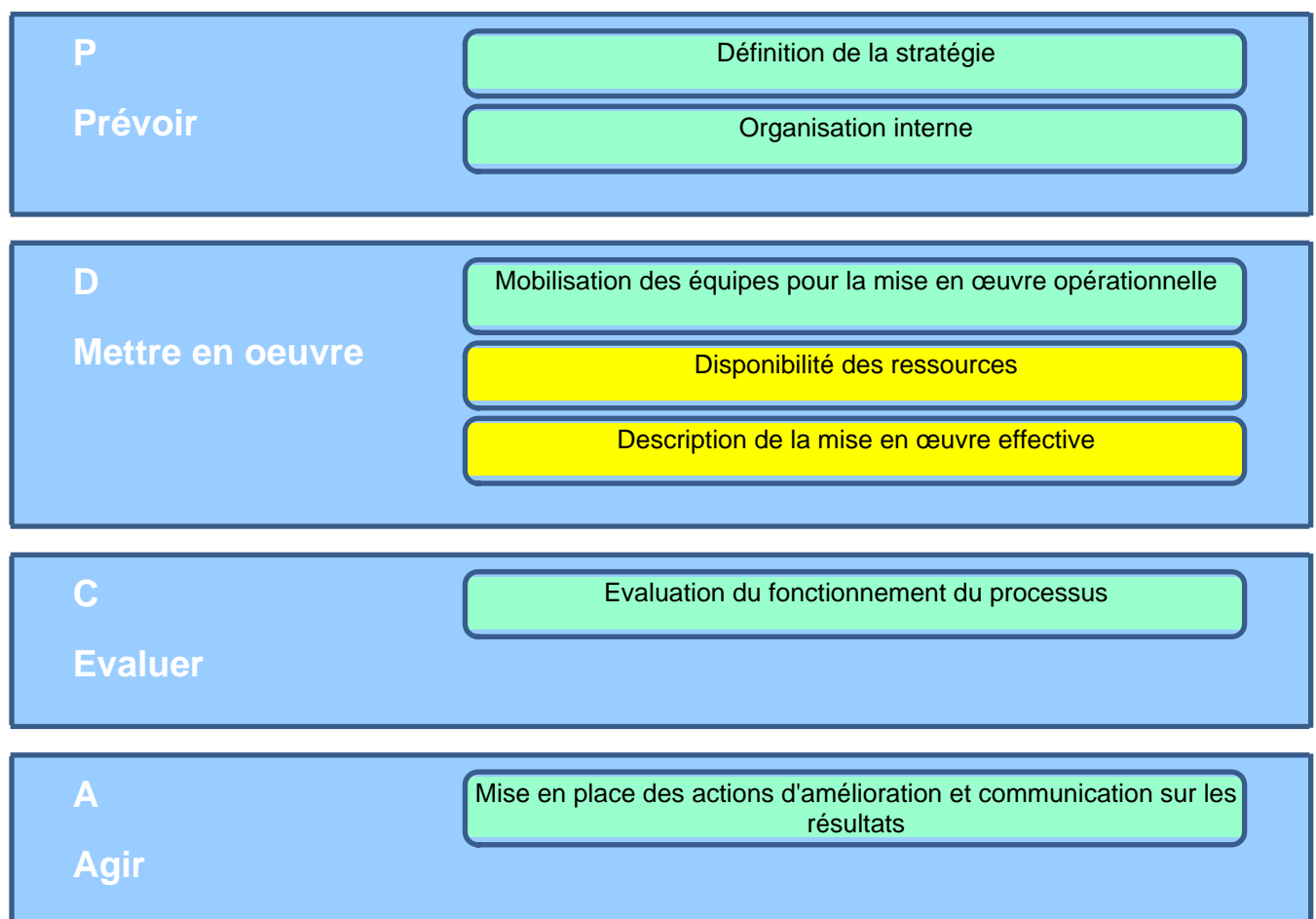
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique Qualité de la prise en charge médicamenteuse figure dans le Manuel Qualité, actualisé en 2016, validé par le COMEDIMS. Celui-ci se réunit 4 fois par an.
Cette politique a été construite à partir d'une analyse du contexte et des risques propres à l'établissement.
La cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse est élaborée. Les médicaments à risques sont définis dans le protocole : « classes thérapeutiques à risques chez le sujet âgé ».
Le plan d'action priorisé du COMEDIMS est formalisé dans le compte qualité.
L'établissement n'est pas contraint au CBUM mais utilise les critères comme levier Qualité.
Le circuit du médicament est totalement informatisé.

ORGANISATION INTERNE

L'organigramme de la pharmacie est formalisé et précise les responsabilités de chacun.
Le pharmacien pilote du processus, gérant de la PUI, est également président de la CME. La pharmacienne vient d'être nommée référent "antibiotiques".
Le pharmacien a été nommé coordonnateur du management de la prise en charge médicamenteuse lors de la COMEDIMS du 4 décembre 2015. Chaque préparatrice en pharmacie est chargée de missions transversales, définies dans leurs fiches de poste.
Il existe un référent « médicament » dans chaque service.
La pharmacovigilance et la matériovigilance des dispositifs médicaux stériles sont assurées par la pharmacienne.
Les moyens en personnel sont définis: 1,7 ETP de pharmaciens, 4 préparatrices en pharmacie, un magasinier.
Les ressources en matériel (exemple: la PUI dispose d'une armoire réfrigérée avec système intégré de contrôle permanent de la température et alarme reliée sur le portable du technicien 24h sur 24) et en documents (le manuel qualité) sont en adéquation avec les besoins identifiés pour atteindre les objectifs fixés.

Un groupe de travail a été créé sur le domaine pharmaceutique, constitué de membres de la cellule Hygiène/Qualité, des Cadres de Santé, des référents médicaments, de préparatrices en pharmacie, pour élaborer ou réviser les documents qualité, et organiser des audits et évaluations dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques.

Les outils informatiques utilisés en pharmacie sont :

- Les logiciels en bureautique,
- Le logiciel de gestion économique (achats, consommation, stocks) et du logiciel dossier patient permettant l'accès aux prescriptions médicamenteuses et aux données cliniques.

Le plan de formation relatif à la prise en charge médicamenteuse répond aux besoins en formation identifiés.

Une astreinte pharmaceutique est assurée par les pharmaciens pour les besoins en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. L'accès à la pharmacie est sécurisée et n'est autorisée qu'aux seuls pharmaciens. Le code d'accès est sous alarme reporté au standard.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, l'encadrement organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés par des actions de communication, et des informations régulières. Avec l'appui des pharmaciens et des préparatrices en pharmacie, il s'assure de l'appropriation et de l'application des procédures, protocoles, et consignes. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements ou de non conformité. Une dynamique existe pour améliorer l'information des patients sur le bon usage des médicaments.
L'encadrement, les professionnels de la pharmacie et la RAQ assurent le recueil et le traitement des événements indésirables liés aux médicaments.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources humaines sont disponibles. Il y a quatre préparatrices en pharmacie diplômées,

elles exercent leurs fonctions sous la responsabilité et le contrôle effectif du pharmacien présent. Des fiches de fonction définissent les tâches spécifiques des membres du personnel de la pharmacie.

Un magasinier ayant également une mission administrative effectue la réception des médicaments (secteur sanitaire) et la livraison des containers sécurisés dans les EHPAD.

Les postes de pharmaciens sont financés sur la dotation du SSR, par conséquent, les ressources humaines sont disponibles pour le SSR. L'établissement a mis en place une politique homogène du circuit du médicament, sur l'ensemble des secteurs, y compris médico-social.

Les moyens supplémentaires concernent le médico-social.

Les médicaments et DM sont stockés dans des chariots mobiles et/ ou des caisses qui sont acheminés selon un planning établi et connu de tous.

L'établissement dispose d'un livret thérapeutique utilisé par les médecins, validé en CME.

Une dotation en stupéfiants est mise en place dans chaque service afin de débiter des traitements lorsque le pharmacien n'est pas en mesure de les délivrer immédiatement. Il y a deux carnets de stupéfiants, le carnet de prescription, délivrance, administration des stupéfiants, et le carnet de dotation des stupéfiants.

Des chariots favorisant la sécurisation de l'administration des médicaments ont été achetés. Ils sont équipés d'un poste informatique qui permet de vérifier le traitement avant son administration et de tracer l'administration en temps réel.

Il existe au niveau de la PUI, un bureau spécifique à la gestion des stupéfiants.

Les dotations de médicaments et de DM détenues au sein des services font l'objet d'un protocole. Le pharmacien avec le médecin responsable du service liste les médicaments destinés à répondre aux besoins urgents de façon à faire face aux demandes le week end, au protocole d'urgence et aux entrées non programmées. Ces dotations sont revues annuellement par les IDE référentes et les préparatrices en pharmacie à l'appui de l'imprimé « commande et renouvellement dotation ».

Le circuit du médicament fait l'objet de nombreux protocoles actualisés : Documents interne à la PUI, spécifiques aux dispositifs médicaux, dotations en besoins urgents, gestion des périmés etc.

La procédure concernant les alertes sanitaires a été validée par la CME fin 2015.

Des actions de formation ont été réalisées sur la iatrogénie médicamenteuse. Une formation « prévention des risques médicamenteux chez les personnes âgées » a été réalisée en septembre 2015.

Cependant, des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses n'ont pas été réalisées. En effet, des formations à la iatrogénie médicamenteuse ont été réalisées s'adressant principalement aux médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, RAQ et à l'encadrement. Celles ci sont abordées sous l'angle médical et très peu sur les risques liés à l'administration.

Les modalités de conservation des médicaments dans les salles de soins ne sont pas définies et appliquées.

Lors de la vérification terrain sur la prise en charge médicamenteuse, il a été constaté une température excessive égale ou supérieure à 25°, dans les salles de soins, contenant les médicaments, alors qu'il n'y a pas de radiateurs. Le pharmacien a remis à l'EV, un document écrit de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de Santé) daté du 19/07/2012 précisant que "le dépassement ponctuel de quelques jours à quelques semaines de ces températures pour des médicaments à conserver à une température inférieure à 25° n'a pas de conséquences sur la stabilité ou la qualité de ces médicaments".

Les médicaments à conserver entre +2 et +8° C sont conservés dans les réfrigérateurs dont la températures est contrôlées et tracées.

Cependant, la distinction entre ces médicaments (médicaments à conserver à une température inférieure à 25°, ceux sans mention particulière de conservation et les cas particuliers) n'est pas réalisée, cela ne permet pas d'être certain de la stabilité de tous les produits. Par ailleurs, une température supérieure à 30° existe dans le salon d'accueil de l'entourage des patients en soins palliatifs.

Il n'y a pas de contrôle et de maîtrise de la température ambiante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La PUI assure la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux destinés aux patients pris en charge dans les services du secteur sanitaire et du secteur medico social qui lui sont rattachés. Elle dispose de la liste des médecins habilités.

La gestion du traitement personnel du patient est organisée et effective conformément à la réglementation.

Tous les médecins prescrivent sur le logiciel informatique, les règles de prescription sont appliquées y compris pour les stupéfiants et les antibiotiques. Ils disposent d'outils d'aide à la prescription, la BCB intégrée dans l'outil informatique ainsi que du DOROZ dans les services. Une impression du traitement complet est réalisée à chaque rajout ou modification du traitement. Ce plan de distribution, intégrant une

photo du patient est rangé dans un classeur ce qui permet, d'une part à l'IDE de vérifier l'identité du patient, les médicaments qui ne sont pas déblistérés et donc reconnaissables, mais aussi d'assurer la continuité du traitement en cas de bug informatique.

Les pharmaciens ont accès au dossier patient informatisé et de ce fait aux données cliniques qui leur sont nécessaires pour l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Celle-ci est réalisée pour l'ensemble des traitements. La dispensation est nominative et mensuelle sur l'UHR et l'USLD. Elle est globale sur le SSR.

Les armoires à pharmacie des services sont régulièrement vérifiées par les préparatrices en pharmacie.

Les piluliers sont préparés à la semaine par les IDE.

La distribution et l'administration des traitements sont assurées par l'IDE. Il arrive parfois que l'aide-soignante participe à la prise en présence de l'IDE. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel sur l'outil informatique.

Les médicaments thermosensibles sont transportés dans des sacs isothermes.

La gestion des stupéfiants est conforme aux recommandations de bonnes pratiques, les protocoles sont connus et mis en œuvre : « délivrance des stupéfiants », « dotation en besoins urgents en stupéfiants », utilisation des carnets de stupéfiants ». Des fiches suiveuses permettent d'assurer la traçabilité de la remise des stupéfiants, des retours de stupéfiants, des retours de stupéfiants périmés.

La continuité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie est assurée.

La ré évaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e heure et la 72^e heure est réalisée par les IDE en SSR. Pour faire face à la pénurie médicale il y a quelques années, l'établissement a formalisé un protocole de ré évaluation de l'antibiothérapie par les IDE. Cette pratique a perduré et a été constatée au cours la visite.

Une note d'information relative au bon usage des antibiotiques signée par le président et vice-président de CME a été diffusée le 20 janvier 2016 rappelant aux médecins prescripteurs, l'obligation de réévaluer la prescription d'antibiothérapie entre la 48^e et la 72^e heure, sous le contrôle du pharmacien référent antibiotique de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a développé une politique d'évaluation sur la base d'audits réguliers et de suivi de tableaux de bord. Un audit est réalisé annuellement sur le circuit du médicament en collaboration avec la RAQ et les Référents médicaments des services de soins.

La préparatrice en pharmacie effectue des contrôles aléatoires des piluliers. Les mesures correctives sont mises en place conjointement avec les cadres des services.

Il est prévu que l'établissement participe à un audit croisé organisé par le RSQ (Réseau Santé Qualité) et l'OMEDIT en septembre 2016.

Le COMEDIMS réalise son compte-rendu d'activité annuel. Il suit un certain nombre d'indicateurs:

- Nombre de spécialités par patients/jours en USLD,
- Nombre de fiches d'évènements indésirables liés aux médicaments ou aux dispositifs médicaux, cout des périmés....

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.

Un tableau de bord « taux de conformité » sur la base d'une grille « visite service » et d'une grille « pré administration » est en place pour tracer les contrôles réalisés dans les services par la préparatrice en pharmacie. La préparatrice en PUI réalise 2 à 3 visites/mois dans les services.

Les mesures correctives y sont précisées.

Des actions de communication sont menées par le biais du journal interne "flash info" qui paraît tous les trimestres. En décembre 2015, sont citées les actions réalisées dans le cadre du circuit du médicament : changement du thermomètre du réfrigérateur en salle de soins, équipement d'un chariot de distribution de médicaments sécurisé, celles réalisées dans le cadre de la semaine sécurité du patient " le mystère de la chambre des erreurs" (du 23 au 27 novembre 2015). La règle des 5 B est rappelée.