



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
SOMAIN**

61 bis rue joseph bouliez
Bp 19
59490 Somain
MARS 2017

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
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	31
DOSSIER PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	49
ANNEXE	54

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.
Source	Audit de processus ou patient-traceur.

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 DE SOMAIN	
Adresse	61 bis rue joseph bouliez 59490 Somain
Département / région	NORD / 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	590780052	CENTRE HOSPITALIER DE SOMAIN	61 bis rue joseph bouliez 59490 Somain
Etablissement de santé	590037677	CH SOMAIN-ATHOS PECQUENCOURT	9 rue du beffroi 59146 Pecquencourt
Etablissement de santé	590043212	CH DE SOMAIN - ATHOS SOMAIN	197 rue achille andris 59490 Somain
Etablissement de santé	590805859	CH DE SOMAIN-CMP DE SOMAIN	21 rue gambetta 59490 Somain
Etablissement de santé	590043204	CH DE SOMAIN - CMP AUBERCHICOURT	187 route de douai 59165 Auberchicourt
Etablissement de santé	590808762	CH DE SOMAIN-HOPITAL DE JOUR ADELE HUGO	28 rue wilson 59490 Somain
Etablissement de santé	590040226	CH DE SOMAIN - CMP ORCHIES	55 rue de la poterne 59310 Orchies
Etablissement de santé	590000014	CENTRE HOSPITALIER DE SOMAIN	61 bis rue joseph bouliez Bp 19 59490 Somain

Etablissement de santé	590047718	HOPITAL DE JOUR ALCOOLOGIE	16 rue edmond simon 59490 SOMAIN
Etablissement de santé	590804548	CH DE SOMAIN-SLD	61 bis rue joseph bouliez Bp 19 59490 Somain

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	40	14
Santé mentale	Psychiatrie générale	42	20
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	54	5

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>1. Douai :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la filière pneumologique (partage d'activités : prise en charge de la chimiothérapie à Douai et prise en charge de la réhabilitation respiratoire à Somain) - Contrat d'analyses de biologie médicale - Contrat de location–Entretien et blanchissage d'articles textiles - Projet médical commun avec CH DOUAI - Centre Hospitalier de Douai <p>2.CH Denain : Convention réalisation de l'activité de stérilisation</p> <p>3.CHRU Lille : Convention de surveillance médicale préventive du travail</p> <p>4.Convention de partenariat entre CH Somain et CLIC de l'arrondissement de Douai</p> <p>5.Pôle santé Douaisis : convention de prise en charge des patients en soins palliatifs</p> <p>6.Convention constitutive : réseau précarité–santé mentale du Douaisis</p> <p>7.Réseau de périnatalité du bassin de vie de l'Artois « Bien naître en Artois », et réseau périnatal de proximité « Naître dans le Douaisis »</p> <p>8.GCS Psychiatrie (en cours sur le territoire)</p> <p>9.GCS Gériatrie (en cours sur le territoire du Douaisis avec les partenaires du public/privé lucratif et non lucratif)</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions	/
---	---

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
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
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	Adulte	Médecine HC	Alcoolique-diabétique/ post épilepsie	Non programmé	Admission par les urgences / complexe	MCO
2	Adulte	Médecine HDJ	Alcoologie / Dépressif	Programmé		MCO
3	Adulte	HC	Psychotique	Non programmé	entrée en soins sans consentement / placé en chamb	Santé mentale
4	Sujet âgé	SSR gériatrique HC	Post fracture sur PTH ayant nécessité un cerclage	Programmé / Proche de la sortie si possible	Suite d'hospitalisation si possible	SSR
5	Sujet âgé	SLD	Polypathologie / cancer	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

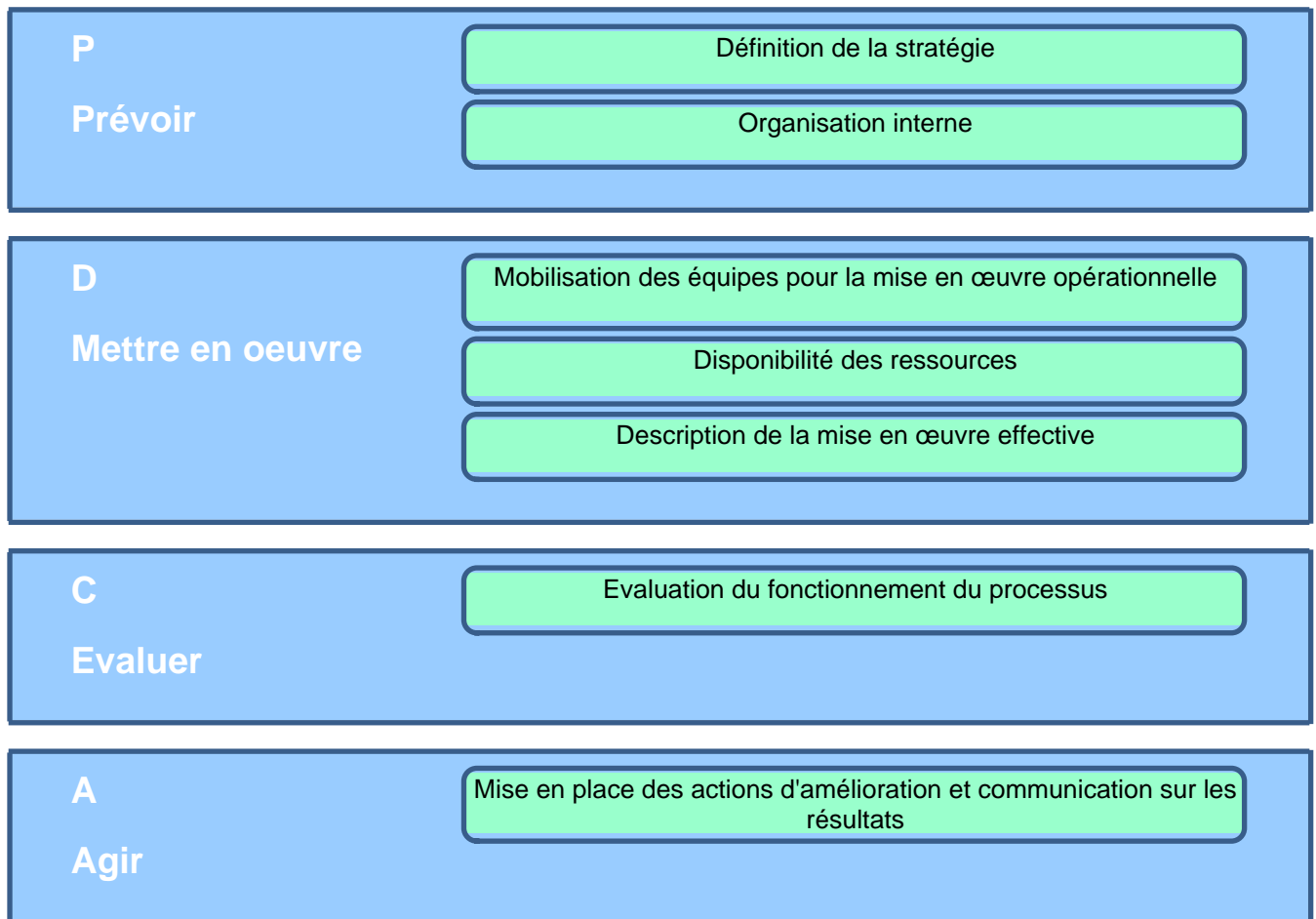
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 Projet d'Établissement 2012-2016, comporte un volet « Qualité et Gestion des risques » établi sur la base d'un diagnostic reposant sur une évaluation du Projet 2007-2012.

Le plan d'objectifs et leur description intègrent en particulier la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Le projet prévoit également le développement de la gestion des risques a priori, le développement de la cellule hygiène, la professionnalisation des outils de pilotage et l'engagement de l'établissement dans une démarche éthique.

A la date de la visite, l'établissement est engagé dans la mise en œuvre d'un Groupement Hospitalier de Territoire avec le Centre Hospitalier de Douai dénommé « GHT du Douaisis ». Le Projet médical partagé validé en Comité Stratégique du GHT et présenté à l'ARS en décembre 2016 prévoit dans une filière transversale d'organiser une démarche qualité commune.

Celle-ci est en cours de formalisation au travers des travaux des responsables Qualité des deux structures qui prévoient en particulier :

- une certification commune GHT
- la mise place d'un logiciel commun de gestion documentaire
- la réalisation d'audits croisés
- les complémentarités liées aux plans de crise.

Le CPOM signé avec l'Agence Régionale des Hauts de Seine pour la période 2012-2017 a été l'objet d'un avenant en date du 20 décembre 2016 comportant une annexe 2 relative à la qualité (indicateurs, traçabilité de la douleur et délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation en psychiatrie).

En résumé, l'existence d'une Politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management, apparaît d'évidence.

Pour la préparation du compte qualité, qui s'est déroulée, après une phase de formation au 4ème trimestre 2015, de début à juin 2016, l'établissement a pris appui sur une cartographie globale des risques mise en place à la suite de la précédente visite de certification. Celle-ci, réalisée sur la base d'une méthodologie éprouvée permettant de quantifier le niveau de maîtrise propre à chaque risque avait identifié 16 domaines de risques et était l'objet d'une mise à jour annuelle.

La préparation du Compte Qualité a été confiée à des instances existantes (CSIRMT, CLIN, CLUD...) ou à des groupes spécialement mis en place à cet effet, chacun se voyant confier un processus. La validation a été réalisée par la CME après présentation au sein du QUALIRISQUES.

Le Plan d'action du Compte qualité propre au processus « Management de la Qualité » au comporte 4 actions ; sa réalisation est programmée sur une période allant d'octobre 2016 à juin 2017.

Par ailleurs, l'établissement, depuis plusieurs années, dispose de programmes bi-annuels d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, validé par les instances compétentes. Les experts ont pris connaissance de ceux publiés pour les périodes 2013-2014 et 2015-2016.

Le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus. Les PAQSS 2013-2014 et 2015-2016 présentés aux experts présentent une quarantaine d'actions retenues comme prioritaires.

-Les Plans d'action des différentes Commissions techniques du type CLAN, CLIN, CLUD ne sont pas repris de façon exhaustive.

-Les indicateurs ou critères permettant d'évaluer l'état d'avancement ou la réalisation des différentes actions ne sont pas précisés.

ORGANISATION INTERNE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement est portée principalement et, conformément à la réglementation, par le Directeur et le Président de la CME. Le Directeur des Soins intervient en appui.

Tous impulsent la politique générale en matière de qualité et de gestion des risques, fixent les stratégies et coordonnent sa mise en œuvre.

Ils assurent le pilotage stratégique du processus Qualité et Gestion des Risques.

Ils bénéficient de l'accompagnement d'une Qualificienne Gestionnaire des Risques, cadre ayant bénéficié d'une formation initiale de haut niveau, recrutée en 2011 pour une durée indéterminée et rattachée fonctionnellement à la Direction des Soins ; l'intéressée a été désignée pour assurer le pilotage opérationnel de la Qualité et de la Gestion des risques.

Le Pharmacien assure la fonction de Responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse suite à une décision conjointe de la Direction et du Président de la CME présentée lors de la Commission du 11 février 2014.

La Qualificienne Gestionnaire des Risques exerce la fonction de Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins par décision de la directrice en corrélation avec le Président de la CME validée lors de la réunion de cette instance du 20 septembre 2011.

La structuration institutionnelle du processus repose sur le rôle central et majeur accordé à la Commission Médicale d'Etablissement qui, en particulier, valide Politiques et Plans et détermine le choix des programmes d'EPP. Elle traite de façon systématique à chacune de ses réunions de thèmes en lien avec le processus Qualité et Gestion des Risques.

L'action de la CME est articulée avec celle d'une instance consultative dénommée QUALIRISQUE qui est positionnée dans une dimension consultative et plus opérationnelle. Elle se réunit habituellement trois fois par an et exerce les différentes missions liées à la définition et à la mise en œuvre de la Politique Qualité et Gestion des Risques.

Des liens sont établis dans ce domaine avec le CLIN, le CLUD, le CLAN, le COMEDIMS, le Comité d'identito-vigilance et Comité anti-infectieux, du fait de la participation des responsables de ces instances au QUALIRISQUE.

Les vigilances sont réparties entre quatre correspondants :

- hémovigilance
- pharmacovigilance, réactovigilance et cosméto-vigilance
- identito-vigilance (agent de la filière administrative associée à un correspondant médical)
- matérovigilance

La répartition de la veille réglementaire est organisée et quelques procédures ont été élaborées dans le domaine des vigilances.

La coordination des dispositifs de vigilances, de la veille sanitaire et de la gestion globale de la qualité et des risques est assurée au sein du QUALIRISQUE auquel participent les différents correspondants.

Il est à noter que dans le cadre de la 4ème itération de la Certification, l'établissement a mis en place un Comité de Pilotage ad-hoc, tout particulièrement chargé de coordonner l'élaboration du Compte Qualité.

Les modalités de fonctionnement de la Commission des Usagers permet la contribution de celle-ci, et notamment des deux usagers très impliqués qui en sont membres ainsi que leurs suppléants, à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins. Les représentants des usagers sont par ailleurs associés aux travaux de multiples Comités techniques.

L'établissement a à la fois établi une cartographie des référents par domaine de risques avec désignation de responsables et mis en place différents réseaux de référents dans les unités :

- correspondants en hygiène
- prise en charge médicamenteuses
- référents qualité

Les attributions des différents acteurs sont précisées par des fiches de mission ou des profils de poste.

Le Centre Hospitalier dispose de documents spécifiques en vue de la gestion de crise :

- un Plan Blanc comportant différentes annexes spécialisées (maîtrise d'une épidémie, Plan de continuité d'activité, fiche action Canicule, fiche action Evénement indésirable grave...)
- une procédure générale en cas de déclenchement du Plan Blanc datée février 2017

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement, d'une façon générale, vise à organiser la réponse à ses besoins en ressources humaines (les plans de formation font apparaître les programmes permettant à chacun d'acquérir ou de développer les compétences nécessaires à son action) et documentaires (mise en place d'outils documentaires : intranet et classeurs) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Il s'organise pour assurer la gestion des interfaces et des circuits afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

En résumé, l'établissement s'est doté d'une organisation structurante en vue de la mise en œuvre des différents processus de maîtrise des risques et d'amélioration de la qualité.

Dans le domaine de l'évaluation des risques a priori, les démarches de l'établissement se sont historiquement développées en plusieurs phases.

En ce qui concerne les risques professionnels, l'établissement a élaboré en 2016, un Document Unique conforme aux dispositions de la circulaire du 23 décembre 2011. Ce travail est régulièrement actualisé par le CHSCT (périodicité annuelle) et des plans annuels de prévention sont établis.

En ce qui concerne les risques liés aux activités et pratiques, l'élaboration du Compte Qualité a permis de reprendre et d'actualiser la cartographie réalisée en 2013.

Il dispose donc à la date de la visite des éléments constitutifs d'une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

Les compétences spécifiques et attributions des responsables de processus sont identifiées. Les responsables de processus sont clairement identifiés sur différents documents et leur identification est connue car elle a été relayée par le journal interne trimestriel et un dépliant annexé aux bulletins de paye. Il en est fait mention dans une page de l'intranet.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La taille de l'établissement favorise la déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; soit les actions sont applicables à la totalité des structures, soit le ciblage de la structure concernée est explicite dans les documents de planification.

On note également l'organisation régulière de réunions de service où les questions liées à la Qualité et la Gestion des Risques sont abordées et l'existence en appui d'un travail d'affichage dans les locaux des personnels particulièrement attentif.

La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins prend appui sur différents outils :

- la publication et l'actualisation régulière d'un Manuel Qualité (en Version 4 du 13 novembre 2015 au moment de la visite)
- l'existence et la diffusion du Charte Qualité de l'établissement.
- l'existence d'un réseau de référents Qualité qui se réunit régulièrement (3 réunions par an) et de réseaux de référents spécialisés également très actifs.
- un travail de mobilisation réalisé par les cadres dans les services
- une politique de communication avec le journal trimestriel du Centre Hospitalier
- l'obligation faite aux agents de signer différents documents pour attester qu'ils ont en pris connaissance.

Le fait que beaucoup d'agents se voient attribuer une fonction ou une responsabilité dans le domaine de la qualité, comme les experts ont pu le constater sur le terrain des unités visitées, renforce cette mobilisation,

Enfin d'une façon plus générale, les professionnels sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues ; ils informent les professionnels de leurs résultats et les aident à identifier et mettre en place des actions correctives en cas de besoin.

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité s'est faite par un travail de formation (V2014 et méthodologie Patients Traceurs) ; celui-ci a été réalisé avec l'appui du Réseau régional GIP Santé Qualité auquel l'établissement adhère depuis une quinzaine d'années. Une démarche d'information engagée au quatrième trimestre 2015 l'a relayé. Le travail proprement a été réalisé au premier semestre 2016. Des groupes de travail par processus, émanation des Commissions ou Comités concernés, ont été mis en place. Les travaux ont été finalisés par les Pilotes de processus en association avec la Qualificienne Gestionnaire des Risques avec présentation aux instances concernées et retours en direction des participants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'analyse des Plans de Formation réalisés sur les exercices précédents ou en cours, révèle la volonté de l'établissement d'accorder aux professionnels les ressources en compétences nécessaires à leur action :
-soit sur des thématiques techniques ciblées et nécessaires au management des différents processus
-soit sur la démarche plus spécifique Qualité et Gestion des risques.

On doit aussi relever l'investissement personnel en termes de formation du management supérieur de l'établissement (Direction, Direction des Soins, Président de la CME et Qualificatrice).

Pour les autres catégories de personnels on note l'existence de multiples axes prioritaires en lien avec les thématiques « Qualité et Gestion des Risques » :

- Hygiène
- Ethique
- Formation qualité / usagers
- Soins palliatifs et douleur
- vigilances et Gestion des Risques

Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement de la part de leurs pairs-aînés puis sont intégrés dans les dispositifs formateurs.

On observe que d'une façon générale l'institution prévoit les temps de travail nécessaires au développement des démarches.

Le système de gestion documentaire mis en place par une procédure de mars 2015 est connu de tous.

Il repose

- sur un accès direct via le réseau informatique. Chaque infirmerie dispose d'un poste informatique et/ou de tablettes ouvrant l'accès à ce système.
- sur une diffusion organisée et structurée des documents sur vecteur papier dans des classeurs que l'on trouve dans les unités et qui sont ordonnés selon un plan sommaire type.

Cependant, le système de gestion documentaire n'est pas parfaitement opérationnel. Lors des investigations, il a été permis de constater

que différents documents de type Protocole et Procédures n'avaient pas une présentation conforme à celle prévue par la Procédure des procédures

C'est le cas par exemple de tous ceux précisant les conduites à tenir en matière d'hospitalisation dans les unités de Santé Mentale.

D'une façon plus générale les quatre experts ont pu constater que des pièces documentaires importantes (éléments de politique, fiches d'enregistrements, fiches de mission ou de postes n'étaient ni signées, ni identifiées, ni datées) pouvant générer des risques importants en cas de mauvais usage ou d'emplois erronés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Plus précisément :

Le dispositif de signalement, de gestion et de suivi des événements indésirables est décrit par une procédure de décembre 2009.

Le support est constitué par une fiche « papier », anonyme remise au cadre ou dans une boîte à lettre installée à cet effet. Le directeur et le Président de la CME ont élaboré une Charte d'engagement à la déclaration des EI que les professionnels sont invités à signer.

La première exploitation des fiches est assurée par la Qualificatrice puis reprise à un niveau plus général en Groupe QUALIRISQUE. Le nombre de signalements est stabilisé à environ 130/an qui constitue un plafond pour une exploitation adéquate. Les événements signalés sont de plus en plus pertinents.

Un dispositif plus spécifique du signalement des erreurs médicamenteuses directement vers la pharmacie est en place. Celles-ci sont néanmoins intégrées dans les synthèses établissement. Il a favorisé la mise en place de CREX (3 par an), seul domaine dans lequel ce type de démarche soit engagé.

On constate donc, en résumé, que l'établissement dispose d'un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon

une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés

L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels est décrite de façon récurrente dans différents documents à dimension stratégique et politique. Le suivi des démarches n'est plus assuré comme indiqué par le Manuel Qualité par une Commission EPP mais par la CME elle-même. Les procès-verbaux attestent d'un suivi régulier.

A la date de la visite trois programmes choisis par rapport à des thématiques prioritaires en regard des problématiques institutionnelles étaient en cours :

- coordination médicale de la prise en charge
- évaluation de la prise en charge en endoscopie.
- prise en charge de la douleur du patient.

Au plan méthodologique, ils mobilisaient des démarches de type « suivi d'indicateurs ».

L'exploitation des plaintes et réclamations avec implication des professionnels et des représentants des usagers est assurée. Très peu nombreuses chaque année (5 en 2014, 8 en 2015 et 8 en 2016), elles sont néanmoins l'objet d'une présentation et analyse détaillée au sein de la CDU ; elles contribuent ainsi à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge des patients et du respect de ses droits. Ceci est d'autant plus vrai que les 2 représentants des usagers et leur 2 suppléants se signalent par un engagement fort et des compétences personnelles sur les méthodologie de management de la qualité et de la gestion des risques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le système de management de qualité/gestion des risques, en tant que processus spécifique, est régulièrement évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. On note à ce sujet l'existence d'un riche rapport annuel « BILAN qualité et Gestion des Risques ». Les plus anciens présentés aux experts visiteurs remontent aux années 2006 et 2007.

L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CDU s'opère principalement au travers de l'exploitation des questionnaires de sortie, d'un questionnaire spécifique relatif à l'alimentation mais aussi via une enquête des professionnels libéraux et médico-sociaux.

A / AGIR

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

La communication des résultats et actions est réalisée, auprès des professionnels et des usagers. Différents outils sont utilisés à cet effet

- pour les usagers : les affichages réalisés dans les unités et les invitations à certaines réunions ou manifestations.
- pour les professionnels : des réunions institutionnelles ou de service, ainsi que l'espace Intranet accessible sur le réseau informatique.

Les programmes et la politique qualité / gestion des risques sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

Ils génèrent des améliorations notoires.

On peut citer

- celles entreprises dans le domaine de l'identito-vigilance (port de Bracelet, diffusion d'une Charte)
- celles ayant généré des changements de matériel en lien avec le CHSCT (charriots restauration ou PTI)

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus.</p> <p>Les PAQSS 2013-2014 et 2015-2016 présentés aux experts présentent une quarantaine d'actions retenues comme prioritaires.</p> <p>-Les Plans d'action des différentes Commissions techniques du type CLAN, CLIN, CLUD ne sont pas repris de façon exhaustive.</p> <p>-Les indicateurs ou critères permettant d'évaluer l'état d'avancement ou la réalisation des différentes actions ne sont pas précisés.</p>	AP	8a
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Le système de gestion documentaire n'est pas parfaitement opérationnel.</p> <p>Lors des investigations, il a été permis de constater que différents documents de type Protocole et Procédures n'avaient pas une présentation conforme à celle prévue par la Procédure des procédures.</p> <p>C'est le cas par exemple de tous ceux précisant les conduites à tenir en matière d'hospitalisation dans les unités de Santé Mentale.</p> <p>D'une façon plus générale, les experts ont pu constater que des pièces documentaires importantes (éléments de politique, fiches d'enregistrements, fiches de mission ou de postes n'étaient ni signées, ni identifiées, ni datées) pouvant générer des risques importants en cas de mauvais usage ou d'emplois erronés.</p>	AP	5c

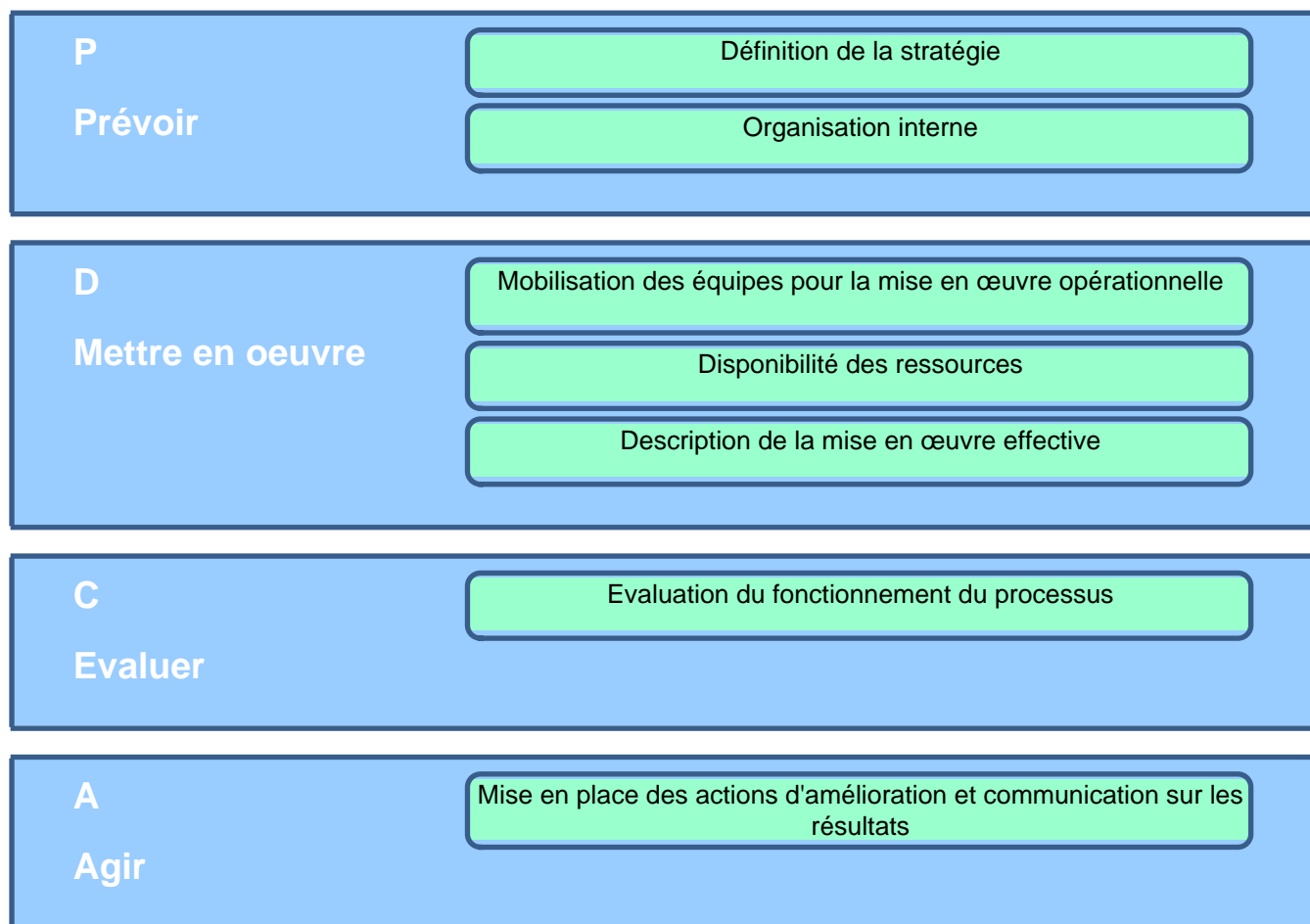
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie de la gestion du risque infectieux au Centre hospitalier de Somain ; on la retrouve dans le projet qualité du projet d'établissement 2012-2016. Elle est définie en cinq fiches ayant pour thème « renforcer le rôle de la cellule hygiène » et dont la première est intitulée « revoir les missions, la composition et le fonctionnement des organes EOH et CLIN ».

Cette stratégie est élaborée sur une identification des missions, des besoins et le recueil des indicateurs notamment nationaux.

Elle a été validée par les instances de l'établissement, dont le CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) et la CME.

Il existe une cartographie des risques. Elle prend appui sur les résultats des IQSS (Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins), les résultats des prélèvements (eau, surfaces...), les données quantitatives et qualitatives sur l'antibiothérapie et l'avis des professionnels... Intégrée au Compte Qualité, est validée par les instances et revue annuellement. Cette analyse des risques a été réalisée en concertation avec les référents hygiène des secteurs d'activité lors des réunions avec le CLIN.

La priorisation des risques en dégage 4 de prioritaires et génère 6 actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation pratique du processus relatif au Risque Infectieux repose sur 2 pilotes :

- l'infirmier hygiéniste (en cours de formation).
- le pharmacien de l'établissement.

Ils sont membres du CLIN (sous-commission de la CME), présidé par le pharmacien.

Les pilotes s'appuient pour la diffusion de l'information sur 3 représentants par unité de soins : un infirmier, un aide-soignant et un ASH nommés « correspondants hygiène », soit au total une trentaine de personnes. Les réunions sont regroupées entre le CLIN (ancienne « cellule hygiène » de l'établissement), la commission anti-infectieuse (CAI) et le comité du médicament (COMEDIM).

Le CLIN est en relation avec le CCLIN Paris Nord et l'ARLIN. Il rend compte à la CME et au directoire de ses rapports.

Les besoins matériels et équipements sont assurés (un bureau, du matériel pour réaliser les formations internes (lavage des mains...). Les ressources matérielles nécessaires sont identifiées et font l'objet d'une maintenance et d'un dispositif d'entretien. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée.

Les ressources documentaires sont structurées dans le cadre du système documentaire général de l'établissement.

On retrouve des procédures et protocoles de surveillances et de prévention du risque infectieux : une quarantaine allant du bon usage des antibiotiques, à l'hygiène des locaux, en passant par les accidents d'exposition au sang (AES). Elles sont formalisées et validées. L'information est structurée et diffusée par l'utilisation des cadres de santé et les « correspondants hygiène ».

Des actions de formations annuelles à l'hygiène sont inscrites dans le plan de formation, notamment l'entretien des locaux, la prévention du risque infectieux. Ils sont organisés par l'équipe d'hygiène pour les professionnels, les référents et les nouveaux arrivants.

Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques avec un CAI et un référent, des formations des prescripteurs, des outils diffusés (guide des antibiotiques...) associés à un dispositif de surveillance épidémiologique (ensemble des infections nosocomiales), de surveillance de la résistance aux antibiotiques avec une analyse qualitative de la consommation des antibiotiques.

L'infirmière hygiéniste est membre de la cellule de crise du risque infectieux, elle est sollicitée lors de tout risque ou épisode infectieux nécessitant une investigation ou une enquête et la mise en place d'un plan d'action.

Toutefois, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement ne sont pas définis pour maîtriser le risque infectieux.

Il n'est pas retrouvé l'organisation du risque infectieux, risque identifié comme prioritaire dans le CQ transmis par l'établissement. On retrouve des documents donnant les rôles, les missions et compétences requises et temps dédiés disponibles sur l'intranet, non daté, non signé, avec une absence de cohérence

avec l'activité actuelle (par exemple 1 ETP infirmier dédié, alors qu'actuellement il est à 0.5 ETP) et on nous a fourni les derniers documents, qui sont en l'état, des documents de travail en attente depuis plusieurs mois. Il n'est pas retrouvé d'organisation pour joindre une personne responsable en cas d'absence de l'infirmier hygiéniste. Il n'y a pas de formalisation pour contacter un praticien hygiéniste dans une autre structure hospitalière.

Par ailleurs, les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux ne sont pas définies avec l'EOH et/ou la CME lors de travaux. On ne retrouve pas une organisation définie des actions à mettre en œuvre pour maintenir l'hygiène des locaux en cas de travaux. L'information du CLIN sur les travaux réalisés au sein de l'établissement mise en place depuis deux ans n'est pas encore formalisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Le CLIN est chargé du déploiement du programme d'actions dans les différents secteurs et de l'information sur les risques identifiés.</p> <p>Les professionnels sont sensibilisés sur les risques prioritaires du processus, lors des réunions d'équipe dans les secteurs d'activités et par la diffusion du processus ainsi que lors de la semaine de sécurité. Les professionnels participent à la déclaration des EI (3 en 2016). Les trinômes hygiène des services se réunissent 2 à 3 fois par an et l'ensemble forme l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (E.O.H.).</p> <p>Leur rôle principal est la diffusion des informations, la surveillance, l'évaluation des pratiques et de faire remonter les difficultés au besoin. En cas de dysfonctionnements ou d'écarts dans les pratiques, des actions correctives sont mises en place.</p> <p>Ces référents participent à la sensibilisation de leurs collègues, lors des réunions de secteur.</p> <p>L'E.O.H. et les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'audits internes (connaissance gripes, port des tenues professionnelles...).</p> <p>Les indicateurs sont suivis dont certains en continu (bactériémie, infections nosocomiales, respect des précautions standards et complémentaires...).</p> <p>L'infirmier hygiéniste intervient dans les secteurs d'activité, soit sur demande des professionnels, soit sur une alerte reçue du laboratoire, ou en cas de nouvelles recommandations sur le risque infectieux. Il est aidé si besoin du pharmacien.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les professionnels sont formés à la gestion du risque infectieux.</p> <p>Les personnels de l'E.O.H. bénéficient de formations adaptées à leur domaine de responsabilité et d'investigation.</p> <p>L'établissement organise des formations périodiques des professionnels à l'hygiène notamment des locaux et à la prévention du risque infectieux (par exemple sur les tenues, l'hygiène des mains, la chambre des erreurs). Le président du CLIN possède un DU en infectiologie, l'infirmier hygiéniste est en cours de formation ce qui pose la question de son remplacement.</p> <p>La formation sur le bon usage des antibiotiques est assurée par le pharmacien auprès du personnel médical notamment chaque semestre pour les internes ou pour chaque nouveau praticien arrivant.</p> <p>Les professionnels ont à leur disposition, sur l'intranet ou en version papier, l'ensemble des protocoles nécessaires à la prévention du risque infectieux adaptés au champ d'activité de l'établissement. Des procédures sont en place en cas de phénomène épidémique.</p> <p>Le personnel bénéficie de matériel sécurisé (aiguilles de prélèvements, cathéters...) et si besoin de linge de protection en cas d'isolement.</p> <p>Les matériels et équipements sont conformes et le plan de maintenance est mis en œuvre.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les secteurs d'activités connaissent l'organisation définie pour la maîtrise du risque infectieux.</p> <p>Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures formalisées sur le processus du risque infectieux. Les bonnes pratiques sur l'hygiène des locaux, ainsi que les précautions en cas de patients infectés, sont appliquées.</p> <p>Certains protocoles font l'objet d'audit continu (endoscopie, consommation d'antibiotique) permettant de vérifier l'appropriation par les professionnels, et pour d'autres, il s'agit d'audits programmés et ponctuels.</p> <p>Il existe des procédures en cas d'infection liée aux soins, en cas de mesure d'isolement, en cas de</p>

portage de BMR ou de BHR (il existe une souche particulière sur l'autre établissement de la GHT avec transmission régulière de patient contact) ou l'hygiène des surfaces.

Les professionnels bénéficient d'actions de formation et de sensibilisation par l'E.O.H (Entretien des locaux, hygiène des mains...).

La prescription de l'antibiotique est informatisée avec validation pharmaceutique.

Concernant la prescription des ATB, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est en augmentation après une série d'actions (informatisation de la réévaluation...) et a permis de passer de 0% en 2015 à 46 % en 2016. L'indication de cette antibiothérapie n'est retrouvée que dans 2 prescriptions sur 3.

La vaccination contre la grippe est proposée aux professionnels et une campagne de sensibilisation est réalisée (un audit a été réalisé en 2015 sur les connaissances dans ce domaine).

Les circuits sont respectés. La qualité de l'eau, des surfaces et du linge est contrôlée. Par exemple mise en place d'équipements spécifiques sur un bras mort du réseau d'eau qui alimente le lave-endoscope.

Le CLIN/CAI/COMEDIM se réunit 3 fois par an, un compte rendu est élaboré et mis à disposition. Les référents n'y participent pas, mais il existe une réunion E.O.H. qui permet ensuite un retour d'information au sein de leur secteur.

Le programme et le bilan du CLIN sont communiqués aux instances, dont Qualirisque et la CME.

Les EI sont déclarés, on en retrouve 3 en 2016, on ne retrouve pas d'infection nosocomiale déclarée cette même année. Il n'y a pas eu non plus de plainte ou de réclamation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation périodique du dispositif du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques notamment à l'aide d'indicateurs (EI, Infections nosocomiales, BMR identifiés, taux de non-conformité sur les prélèvements environnementaux et endoscopes, suivi des BMR, Taux d'incidence des SARM, Enquête de prévalence des infections nosocomiales...).

Les résultats de ces indicateurs sont exploités afin d'identifier les actions d'amélioration.

Il existe une surveillance quantitative et qualitative des antibiotiques. La consommation des antibiotiques est corrélée à l'évolution de l'écologie bactérienne (confirmé par un audit antibiothérapie en novembre 2016).

Les résultats principaux sont présentés dans le rapport d'activité EOH/CLIN et sont accessibles sur la gestion documentaire.

A / AGIR

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

Il existe des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus notamment sur les indicateurs nationaux ou locaux. On retrouve la réévaluation des antibiotiques à 48-72h.

Il n'est pas retrouvé sur le rapport d'activités 2015, d'autres actions correctives, celui de 2016 n'ayant pas été encore rédigé.

Un réajustement du PAQSS a été réalisé et des nouveaux objectifs d'amélioration fixés.

Ces actions d'amélioration se retrouvent lorsqu'il y en a, dans le bilan annuel du CLIN.

Les usagers sont informés par le biais de l'affichage des indicateurs nationaux.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement ne sont pas définis pour maîtriser le risque infectieux. Il n'est pas retrouvé l'organisation du risque infectieux, risque identifié comme prioritaire dans le CQ transmis par l'établissement. On retrouve des documents donnant les rôles, les missions et compétences requises et temps dédiés disponibles sur l'intranet, non daté, non signé, avec une absence de cohérence avec l'activité actuelle (par exemple 1 ETP infirmier dédié, alors qu'actuellement il est à 0.5 ETP) et on nous a fourni les derniers documents, qui sont en l'état, des documents de travail en attente depuis plusieurs mois. Il n'est pas retrouvé d'organisation pour joindre une personne responsable en cas d'absence de l'infirmier hygiéniste. Il n'y a pas de formalisation pour contacter un praticien hygiéniste dans une autre structure hospitalière.	AP	8g
	PS	Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux ne sont pas définies avec l'EOH et/ou la CME lors de travaux. On ne retrouve pas une organisation définie des actions à mettre en œuvre pour maintenir l'hygiène des locaux en cas de travaux. L'information du CLIN sur les travaux réalisés au sein de l'établissement mise en place depuis deux ans n'est pas encore formalisée.	AP	7d

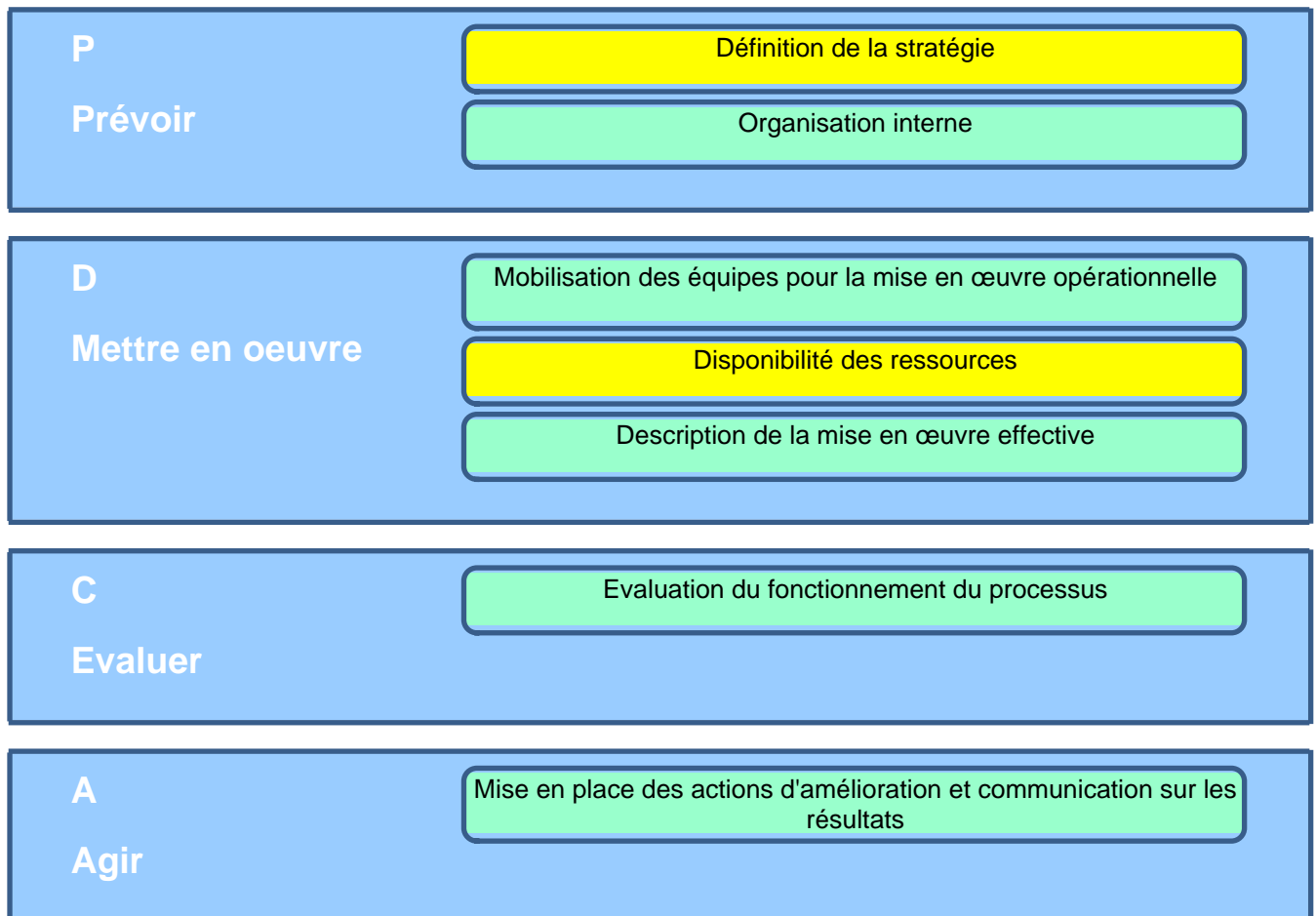
DROITS DES PATIENTS

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

La volonté de l'Etablissement de Santé de promouvoir les droits des patients, mais aussi ses valeurs de référence dans ce domaine, s'exprime dans plusieurs documents.

On peut citer à ce sujet les nombreuses Chartes dont l'établissement fait la promotion par des affichages multiples :
- Charte du patient Hospitalisé
- Charte qualité qui évoque la prise en charge personnalisée ainsi que le respect de la confidentialité, de l'intimité et les croyances de chacun.
- Charte de La Laïcité
- Charte de l'usager en santé mentale (texte de synthèse issu de celui de la Conférence Nationale de décembre 2000)

Cette thématique et ses différentes composantes (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.) se dégagent aussi à la lecture de différentes études initiées par l'établissement.

La cartographie des risques réalisée il y a quelques années intégrait un domaine « droit des patients » abordé essentiellement dans une approche médico-administrative (perte de son dossier, non-respect du secret professionnel, erreur d'identification...).

Elle a été actualisée lors de la préparation du Compte Qualité (travaux engagés début 2016 débouchant sur une validation en juin 2016) avec prise en compte du contexte et des missions propres à l'établissement, compte tenu des spécificités de son offre de soins

La CDU a été associée à ce travail de réflexion et d'élaboration au travers de sa fonction d'instance consultative.

Il se dégage de ce Compte Qualité l'identification de 5 risques majeurs et de 7 actions à mettre en œuvre dans le domaine du droit des patients.

Toutefois, le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet d'Etablissement 2012-2016 ne fait pas mention du respect du droit des patients ; cette thématique n'est donc pas formellement inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Le futur Projet d'Etablissement prendra appui sur les orientations du Groupement Hospitalier de Territoire mise en place avec le Centre Hospitalier de Douai.

Le Projet Médical Partagé du GHT, validé en décembre 2016, qui servira de base à l'établissement pour élaborer son propre projet comporte une mention sur le respect de la personne et des libertés au chapitre filière psychiatrie. Une réflexion est engagée concernant le Projet de Soins partagé ; celui-ci devrait développer au moins deux thèmes en lien avec les droits des patients : la bienveillance et la place des représentants des usagers.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est conduit par le Directeur des Soins. Les responsabilités sont identifiées.

Les représentants des usagers accompagnent avec dynamisme l'action de l'établissement dans le domaine des droits.

La CSIRMT, qui a été chargée de l'élaboration du Compte Qualité sur la thématique, est appelée à assumer un rôle essentiel dans le domaine du droit des patients.

Une Commission des Usagers (CDU) fonctionne. Elle est dotée d'un règlement intérieur en date du 24 février 2017, conforme aux attendus légaux et précisant, dans son article 8, la participation de cette instance à la politique des droits du patient. Il sera fait mention dans le Livret d'Accueil en cours d'actualisation de la CDU à l'emplacement de celle dévolue à la CRUQPC. Les missions et la composition de la Commission des Usagers sont d'ores et déjà l'objet d'une affichette tout récemment actualisée.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est donc assurée.

On doit également faire mention d'un éphémère Comité Ethique mis en place en 2015, ouvert aux représentants des usagers et dont la fonction doit être relayée au niveau de la GHT.

Au regard de ses missions, de ses orientations et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

Une attention toute particulière est portée à la qualité des programmes de formation inscrits aux Plans que les experts ont pu consulter.

La Charte relative aux Droits des Patients est correctement diffusée et insérée dans le Livret d'Accueil Patient. La diffusion de différentes autres Chartes est assurée (Charte de l'Usager en Santé Mentale, de la Bienveillance, Charte de la Laïcité...)

Par ailleurs, différents éléments relatifs aux droits des patients sont organisés, même si c'est le plus souvent de façon informelle, par l'Etablissement de Santé.

Ainsi, il existe une organisation médico-soignante permettant le recueil (tracé dans le dossier) du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.

Il existe aussi un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés ; il prend appui sur les différents entretiens organisés avec le patient (entretien médical - formalisé notamment en Psychiatrie - , entretiens soignants reprenant des thèmes tels que les directives anticipées ou la personne de confiance...) ; le dispositif intègre la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins qui est l'objet d'une procédure spécifique de février 2014 « Conduite à tenir en cas d'un dommage lié au soin » .

La maltraitance a donné lieu à une procédure de décembre 2012 « Prévention et signalement de la maltraitance » ainsi qu'à la publication de différents documents accessibles de façon aisée aux professionnels :

- une formalisation (ni datée, ni signée)d'une politique de prévention sur ce thème
- un Guide des Bonnes Pratiques
- une affichette précisant les modalités de signalement des cas de maltraitance

Des organisations sont également établies en ce qui concerne la Prise en charge de la Douleur et celle des décès.

Enfin, on note l'existence depuis 2010 d'une procédure de remise des livrets d'Accueil et d'exploitation des questionnaires de satisfaction.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Différents vecteurs de communication sont en place pour favoriser la circulation de l'information nécessaire (réseau informatique support de la gestion documentaire, réunions, formations...).

Les modalités de mise en œuvre du partenariat entre l'établissement et les Commissariats de Police de Somain et Aniche sont procédurées depuis mars 2010.

En revanche, le dispositif d'hospitalisation sans consentement n'est pas parfaitement structuré.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement n'est pas parfaitement structuré. Les différentes procédures relatives à l'admission en service de soins psychiatriques (notamment en ce qui concerne les hospitalisations sans consentement) sont de création récente (février 2017) ; elles ne sont pas signées et leur forme ne répond pas aux règles posées par la Procédure des Procédures de l'établissement.

L'établissement a mis en place en début d'année 2017, conformément au Code de La Santé Publique, un registre des contentions sur lequel il mentionne les mises en isolement.

Afin de les protéger d'éventuels actes agressifs commis par d'autres patients, les malades objets de mesures de contentions dans l'unité fermée de Psychiatrie, sont placés dans une chambre fermant à clé et strictement dédiée à cette fonction.

Celle-ci, n'est pas organisée et conçue selon les principes de bonnes pratiques. Le lit est scellé mais il n'y a pas de sonnette d'appel, de pendule, de double entrée et de sanitaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Outre la taille de l'établissement qui favorise la circulation des informations, la multiplicité des occasions de rencontres de travail et de réunions de service entre les professionnels et les responsables permet la mise en place d'objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs en déclinaison de la

démarche institutionnelle.

L'implication de la communauté médicale et le travail « de terrain » de différents responsables sont objectivement perceptibles et contribuent à l'atteinte de cet objectif.

La sensibilisation des professionnels et le respect des bonnes pratiques dans le domaine du droit des patients sont effectifs dans la plupart des hypothèses comme, lors des visites de terrain les experts-visiteurs ont pu le constater.

On citera :

-l'usage des portables réfléchi et appliqué avec prise en compte des risques qui y sont liés (transfert de photographies de patients en particulier).

-la pose de contentions physiques réalisées sur prescription médicale après évaluation clinique du patient et suivies avec attention.

-la réalité de multiples actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance mises en œuvre depuis plusieurs années.

Dans ce dernier domaine, il faut évoquer :

-la formation de 2 référents formateurs

-la démultiplication qu'ils animent (4 sessions de 12 agents sur 4 journées d'organisées au rythme 2 par an en mai et septembre), ce qui représente un effectif de 48 agents formés à la date de la visite)

-la remise d'un Guide des Bonnes pratiques

-l'existence d'un document d'engagement des personnels à l'issue de leur participation à la formation

D'une façon plus générale, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les équipes sont informées de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

D'une façon générale, les ressources en compétences et matériel sont disponibles dans les secteurs pour favoriser la mise en œuvre du processus.

L'établissement achète les fournitures nécessaires au fonctionnement de différents ateliers, en santé mentale ou alcoologie en particulier.

Les professionnels bénéficient d'une documentation accessible et actualisée relative au droit des patients sur le réseau intranet dans le cadre de la gestion documentaire.

Un important effort de formation des professionnels aux droits des patients est mis en place comme en attestent les plans de formation réalisés.

On peut citer, par exemple, les stages organisés sur la Loi de Juillet 2011 pour les personnels de psychiatrie ou la formation sur le thème « soutien de l'entourage en cas de deuil ».

L'établissement a également accueilli une demi-journée de colloque en mars 2016 sur le thème « Contraintes du soin et respect de la personne » au cours de laquelle, en particulier, un CSS du CH est intervenu sur le thème « La liberté d'aller et venir se résume-t-elle à la fermeture et à l'ouverture des portes ? ».

Les effectifs de l'établissement permettent d'assurer un accueil personnalisé des nouveaux arrivants avec remise d'un Livret analogue à celui préparé pour les étudiants-stagiaires et mise en place d'un accompagnement de 15 jours par un pair en doublure.

Ils favorisent également le respect de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, dans un environnement hôtelier parfois défavorable.

L'établissement a permis le fonctionnement d'un Comité Ethique.

Toutefois, le respect de la dignité du patient n'est pas assuré en toutes circonstances. Bien que d'une part, le patrimoine hôtelier soit régulièrement entretenu comme en témoignent les tableaux des programmes d'investissement remis aux experts et que, d'autre part, les professionnels soient attentifs dans leurs pratiques aux incidences d'un patrimoine vieillissant, la majorité des lits, à la date de la visite, sont implantés dans chambres à deux lits ne répondant pas à tous les attendus en matière d'humanité des locaux (peintures défraîchies en particulier dans l'unité fermée de psychiatrie, partage des équipements sanitaires).

L'appartement thérapeutique de Somain est très ancien et ne dispose que d'une douche pour 6 patients.

Des oculi préjudiciables à l'intimité des patients subsistent dans les unités de psychiatrie

Le tutoiement des patients subsiste sans qu'une véritable réflexion éthique n'ait été engagée et des

règles posées au niveau institutionnel sur la question du pronom d'adresse.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différentes unités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Lors des vérifications de terrain, les experts visiteurs ont pu constater que les professionnels connaissaient les contenus clés de la politique droits des patients et se révélaient attentifs à sa mise en œuvre. On a pu observer, par exemple, les efforts déployés pour prendre en compte les aversions alimentaires et les régimes (présence d'une diététicienne et mise en place d'un logiciel ad-hoc) ou réduire la durée du jeûne nocturne afin de la ramener aux 11 heures considérées habituellement comme étant de bonne pratique.

La participation du patient dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est recherchée. Il y a une réflexion sur ce thème et sur celui des contrats individualisés toute particulière en psychiatrie. L'organisation de réunions d'équipe ou de synthèse pluridisciplinaire favorise l'atteinte de cet objectif.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques visent également à préserver le respect des libertés individuelles. En témoignent par exemple le droit d'usage des téléphones portables personnels ou la façon dont l'établissement a traité la question de l'admission d'hospitalisés libres dans l'unité fermée de psychiatrie : les intéressés sont invités à signer un feuillet d'accord après un rappel de leurs droits durant l'entretien médical.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est une préoccupation des professionnels. Le personnel a été formé à ces questions.

Les familles sont systématiquement accompagnées au dépositaire par un soignant en cas de décès (70 par an en moyenne). Elles peuvent bénéficier d'un soutien psychologique (10 % de temps de psychologue affecté à cela), et d'accueils logistiques

-repas dans une salle à manger indépendante

-lits d'appoints

-depuis peu, par décision du Conseil de Surveillance, et pour un prix modique mise à disposition de deux appartements à la Maison des Usagers. (une information a été faite par la presse régionale à ce sujet)

Il existe une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Elles prennent appui sur le travail réalisé en formation sur ce thème :

- pas de noms de patients apparents sur les portes ou dans des locaux accessibles au public

- locaux adéquats pour les entretiens)

- pièces fermant à clé

- armoires protégées pour les dossiers.

Enfin, on peut signaler que la CDU fonctionne selon le cadre réglementaire au rythme de 4 réunions par an avec des taux de participation de ses membres oscillant entre 60 et 74 %.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi du respect des droits des patients repose sur de multiples outils :

-une procédure de 2010

-la remise des Livrets d'Accueil,

-des questionnaires de satisfaction lors de la sortie du patient et leur exploitation (indice de satisfaction globale des patients en 2015 : 8,36/10)

Le suivi des plaintes et réclamations est assuré avec rigueur mais celles-ci sont peu nombreuses (8 en 2013 pour 6 éloges / 5 en 2014 pour 4 éloges / 8 en 2015 pour 3 éloges). D'une façon générale et selon le protocole établi, les plaintes sont vues par le Directeur et examinées en CDU.

L'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est assurée par la CDU au travers des questionnaires de sortie d'hospitalisation mais aussi d'une enquête annuelle réalisée conjointement par la Diététicienne et la Qualificienne.

Une refonte des questionnaires de satisfaction est programmée à la demande des patients hospitalisés au long cours.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif « respect et promotion du droits des patients » au regard des résultats obtenus sont mises en place, notamment à l'initiative des représentants des usagers.

Parmi les améliorations découlant de démarches évaluatives, on peut citer à ce sujet à titre d'exemples :

1/ L'amélioration des repas tant en qualité qu'en quantité par

- le croisement des exploitations,
- la mise en place d'un appel d'offre,
- le choix d'un nouveau gestionnaire

2/ Le non renouvellement du contrat d'un agent et la mise en place d'un dispositif coordonné et cohérent en matière de maltraitance

3/ ennui des patients en alcoologie l'instauration d'activité d'Art-thérapie et le recrutement d'un éducateur sportif suite à l'insatisfaction exprimée par des patients d'alcoologie.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.</p> <p>Le projet d'Etablissement 2012-2016 ne fait pas mention du respect du droit des patients ; cette thématique n'est donc pas formellement inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement.</p> <p>Le futur Projet d'Etablissement prendra appui sur les orientations du Groupement Hospitalier de Territoire mise en place avec le Centre Hospitalier de Douai.</p> <p>Le Projet Médical Partagé du GHT, validé en décembre 2016, qui servira de base à l'établissement pour élaborer son propre projet comporte une mention sur le respect de la personne et des libertés au chapitre filière psychiatrie.</p> <p>Une réflexion est engagée concernant le Projet de Soins partagé ; celui-ci devrait développer au moins deux thèmes en lien avec les droits des patients : la bientraitance et la place des représentants des usagers.</p>	AP	1d
P / Organisation interne	PS	<p>Le dispositif d'hospitalisation sans consentement n'est pas parfaitement structuré.</p> <p>Les différentes procédures relatives à l'admission en service de soins psychiatriques (notamment en ce qui concerne les hospitalisations sans consentement) sont de création récente (février 2017) ; elles ne sont pas signées et leur forme ne répond pas aux règles posées par la Procédure des Procédures de l'établissement.</p> <p>L'établissement a mis en place en début d'année 2017, conformément au Code de La Santé Publique, un registre des contentions sur lequel il mentionne les mises en isolement.</p> <p>Afin de les protéger d'éventuels actes agressifs commis par d'autres patients, les malades objets de mesures de contentions dans l'unité fermée de Psychiatrie, sont placés dans une chambre fermant à clé et strictement dédiée à cette fonction.</p> <p>Celle-ci, n'est pas organisée et conçue selon les principes de bonnes pratiques. Le lit est scellé mais il n'y a pas de sonnette d'appel, de pendule, de double entrée et de sanitaires.</p>	AP	19d
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Le respect de la dignité du patient n'est pas assuré en toutes circonstances.</p> <p>Bien que d'une part, le patrimoine hôtelier soit régulièrement entretenu comme en témoignent les tableaux des programmes d'investissement remis aux experts et que, d'autre part, les professionnels soient attentifs dans leurs pratiques aux incidences d'un patrimoine vieillissant, la majorité des lits, à la date de la visite, sont implantés dans chambres à deux lits ne répondant pas à tous les attendus en matière d'humanité des locaux (peintures défraîchies en particulier dans l'unité fermée de psychiatrie, partage des équipements sanitaires).</p> <p>L'appartement thérapeutique de Somain est très ancien et ne dispose que d'une douche pour 6 patients.</p>	AP	10b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
		<p>Des occulus préjudiciables à l'intimité des patients subsistent dans les unités de psychiatrie</p> <p>Le tutoiement des patients subsiste sans qu'une véritable réflexion éthique n'ait été engagée et des règles posées au niveau institutionnel sur la question du pronom d'adresse.</p>		

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

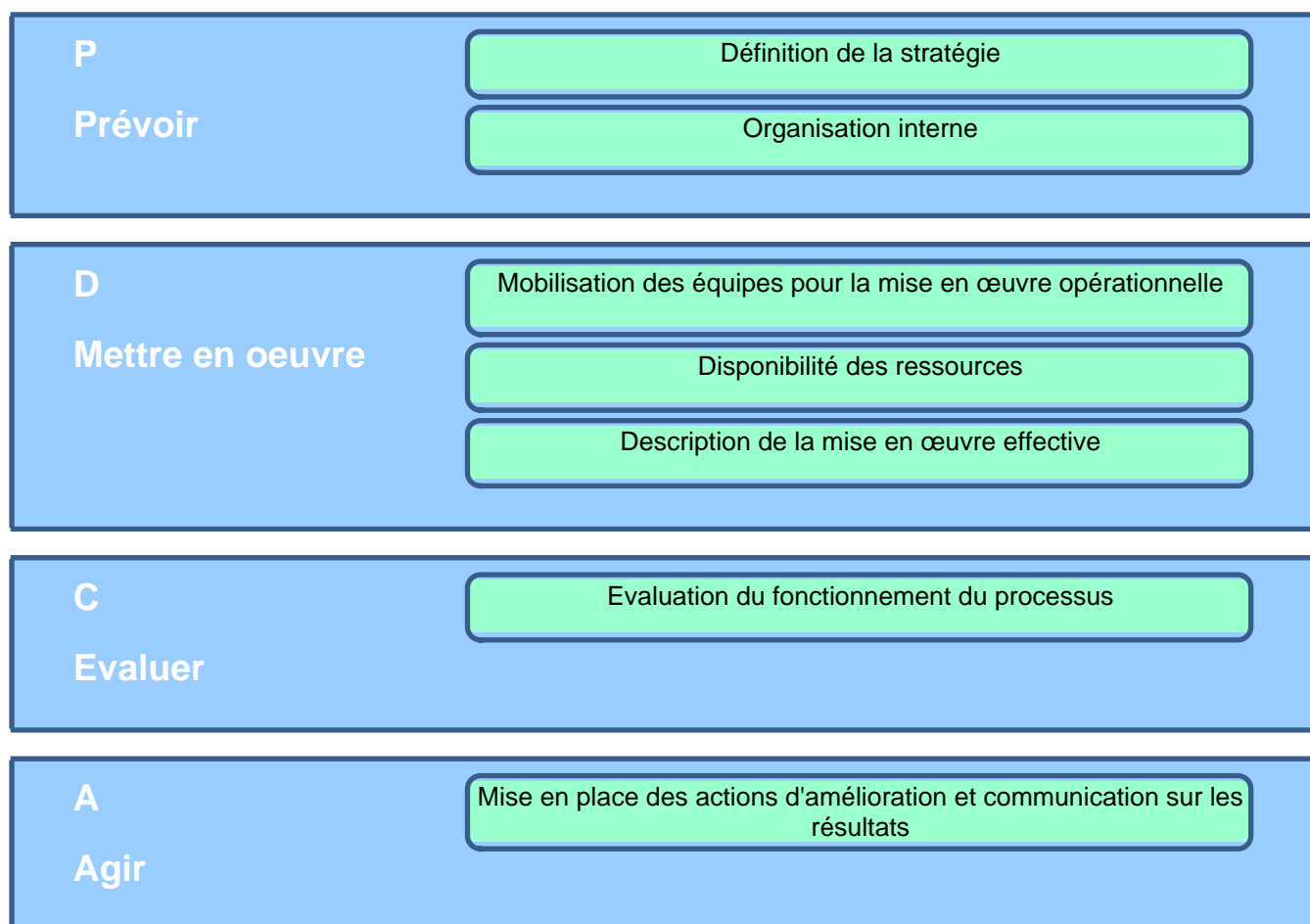
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de Somain (Hôpital de proximité) a élaboré une stratégie qui s'appuie sur l'analyse des besoins de son territoire de santé, l'analyse démographique, les indicateurs IQSS, les orientations définies dans le CPOM, et concernant le processus Parcours Patient à partir d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Différents types de disciplines sont proposées comme le secteur de médecine, la gériatrie, les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie ainsi que les consultations de médecine générale sans rendez vous et de spécialités (pneumologie, cardiologie, ORL, gastroentérologie, néphrologie, rhumatologie, traumatologie, gynécologie, nutrition et dermatologie), qui permettent de prendre en charge des personnes se présentant pour une urgence avant orientation vers des structures d'hospitalisation de spécialités si nécessaire.

Des appartements thérapeutiques, des centres médico-psychologiques et deux hôpitaux de jour permettent d'assurer la continuité des soins psychiatriques dispensés au sein du centre hospitalier en post hospitalisation.

La stratégie de l'établissement est définie dans le projet médical partagé du GHT.

La politique tient compte du contexte réglementaire, des résultats des visites de certification et des faiblesses identifiées dans le compte qualité. La direction avec la cellule qualité et les professionnels du centre hospitalier a identifié et hiérarchisé ses risques dans le cadre de l'élaboration de son compte qualité.

L'établissement a pour objectif de s'inscrire comme établissement de recours pour les filières de soins du territoire.

Cette stratégie englobe dans le cadre du GHT du Douaisis un autre établissement public du territoire avec des projets médicaux partagés, en collaboration avec les professionnels extérieurs et en développant les réseaux, les conventions et les activités, en mettant en exergue des programmes d'éducation thérapeutiques pour l'un en cours (réhabilitation respiratoire) et l'autre en cours de définition (traitement de l'obésité).

L'identification des risques concernant le parcours patient a été effectuée en associant les professionnels (groupes thématiques). Le compte qualité a été abondé de 10 risques prioritaires suivis de 11 plans d'actions pour le parcours patient et validé par les instances.

Les résultats d'indicateurs nationaux et propres à l'établissement ont été intégrés, ainsi que les résultats d'évaluation.

La stratégie est déclinée au sein d'un programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le directeur et le président de la CME en ce qui concerne le pilotage stratégique, les médecins responsables de secteurs et les cadres de santé pour le pilotage opérationnel.

Ils ont pour mission de :

- participer à la définition de la politique mise en place sur le parcours patient. Ils sont les garants du déploiement, au niveau du processus des objectifs généraux qui sont issus des axes stratégiques.
- participer à l'identification et à la maîtrise des risques liés au processus (cartographie des risques, analyse des événements indésirables).
- accompagner et mettre en œuvre les évaluations de pratiques liées au processus (2 EPP).
- accompagner la définition et la mise en œuvre des plans d'actions.
- participer en lien avec le service qualité à la formalisation de la gestion documentaire concernant le processus.
- sensibiliser et informer les personnels sur le processus.
- s'assurer de l'efficacité du processus.
- s'assurer du suivi des plans d'action.

Les ressources nécessaires et suffisantes en personnel sont définies en fonction des spécificités des prises en soins, des risques et de la réglementation afin de les assurer dans le délai compatible avec les exigences de ces prises en soins.

Des formations sont proposées en tenant compte des spécificités, des risques identifiés et des demandes des personnels

Des périodes d'intégration sont mises en organisées qui permettent de sécuriser les prises en soins particulièrement du secteur à risques tel l'endoscopie .

La prise en charge nutritionnelle est organisée par le CLAN sur le versant stratégique et par la commission de restauration qui est composée de personnel des différents secteurs de soins, du responsable des cuisines et de diététicien sur la déclinaison terrain.

L'accueil du patient, la prise en charge des population spécifiques (personnes âgées, personnes démunie , sous contrainte) la prise en charge du risque suicidaire, les actions d'éducation thérapeutique, la prise en charge des urgences vitales, la prise en charge de la douleur, les modalités de recrutement et d'accueil sont organisés.

Des supports d'information sont distribués aux patients notamment dans le cadre du suivi des traitements médicamenteux,des consignes liées aux actes d'endoscopie.

Des procédures sont élaborées par type de prise en charge en groupes de professionnels et sont accessibles à tous dans la gestion documentaires (dans l'intranet de l'établissement et dans des classeurs dans les postes de soins).

Les modalités de recours à des professionnels en cas d'urgence, ou à consultations spécialisées sont disponibles dans tous les secteurs d'activités.

L'établissement adhère à la plateforme proposée par l'ARS Hauts de France "Via Trajectoire" et à la téléradiologie dans le cadre du GHT.

Des groupes de travail pluridisciplinaires sont en place sur les différentes prises en soins des patients, les échanges inter secteurs sont multiples, informels, informatifs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins, l'encadrement et les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration à mettre en œuvre au sein de leur secteur de soins en tenant compte des spécificités, qui se déclinent en projet de service et qui prennent en compte la qualité et la sécurité des prises en soins et la maîtrise du fonctionnement du travail en équipe (Psychiatrie, soins de suite, réhabilitation respiratoire, gériatrie, médecine).

Les professionnels, ont participé à l'identification des risques et des actions d'amélioration.

Dans les services, les professionnels sont associés en étant référents relais (CLAN, hygiène, CLUD, Pharmacie).

L'intranet et le système de gestion documentaire sont connus des professionnels et utilisés.

Les risques identifiés sur la thématique "parcours", intégrés au compte qualité, sont communiqués aux professionnels (Qualirisque) avec un degré d'appropriation qui a pu être relevé lors des investigations terrain. Les professionnels rencontrés ont mis en avant les valeurs qui animent leurs prises en soins bienveillants ce qui a été constaté lors des patients traceurs.

Les indicateurs nationaux ou propres à l'établissement sont recueillis et diffusés sur divers supports et affichés dans les services et intégrés au livret d'accueil.

Les temps de réunions permettent d'évoquer les risques particuliers ou nouveaux et les responsables sensibilisent les équipes sur les résultats des contrôles effectués et les indicateurs utilisés.

L'encadrement s'assure également de la conformité des pratiques et de la connaissance approfondie des procédures principalement pour tout nouveau recruté, des évaluations périodiques sont programmées et suivies de réajustement si nécessaires.

Les actions correctives sont identifiées en collaboration avec les professionnels concernés en cas de dysfonctionnement ou de résultats insatisfaisants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management des ressources humaines permet aux secteurs d'activité de disposer des compétences médicales, paramédicales et logistiques nécessaires, en terme de recrutement, de formation, d'adaptation à l'emploi et de spécialisation (psychiatrie, médecine, soins de suite et gériatrie, soins palliatifs, réhabilitation respiratoire, appartements thérapeutiques).

La direction des soins et l'encadrement travaillent conjointement pour ajuster les effectifs et assurer la continuité des soins en fonction de l'activité et de l'absentéisme, les remplacements se font en autosuffisance.

Chaque année les agents sont formés à la prise en charge des urgences vitales.

Du matériel pour répondre à l'urgence vitale est disponible dans tous les sites recevant du public. Cependant, le matériel d'urgence dans les secteurs n'est pas systématiquement sécurisé. Lors des investigations terrain, 1 chariot d'urgence vitale en SSR et 1 mallette d'urgence vitale en HJ addictologie n'étaient pas scellés.

Les cadres s'assurent de l'appropriation des procédures et modes opératoires des professionnels particulièrement des nouvelles recrues afin de proposer et dispenser des soins de qualité aux patients qui leur sont confiés.

Des formations sont proposées pour permettre de privilégier les prises en charge par filière afin de mutualiser les compétences, de permettre une intégration efficace et adaptée à toutes les spécialités afin de sécuriser au maximum les actes.

L'incitation à la déclaration des événements indésirables fait également partie des préconisations transmises par l'encadrement de proximité, l'analyse et le traitement effectués par la cellule qualité sont diffusés pour actions d'amélioration lors de temps collectif d'échanges au sein du service.

Les locaux sont en conformité avec les activités à réaliser, ces locaux sont adaptés pour recevoir tous patients dont les personnes à mobilité réduite.

Les approvisionnements en matériels et équipements nécessaires sont adaptés.

Les fonctions transport (conventions avec prestataires) et logistiques sont organisées, la maintenance régulière des locaux et équipements est assurée.

Le dossier patient informatisé n'est déployé que quasiment pour la prescription médicamenteuse, le dossier papier est renseigné, classé et permet d'assurer la continuité de la prise en soins des patients.

Les documents utiles à chaque type d'activité sont disponibles dans les services sur l'intranet du centre hospitalier et dans des classeurs connus de tous.

Des dépliants descriptifs par service sont insérés dans le livret d'accueil qui en précisent les orientations de soins et présentent les catégories professionnelles et les locaux.

Le matériel d'urgence dans les secteurs n'est pas systématiquement sécurisé. Lors des investigations terrain, 1 chariot d'urgence vitale en SSR et 1 mallette d'urgence vitale en HJ addictologie n'étaient pas scellés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur pôle et service et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en soins des patients.

Les investigations réalisées lors des audits de processus et les patients traceurs montrent que l'analyse des données permet de définir les besoins en soins des patients et de planifier la prise en charge dans un projet de soins personnalisé.

Le dispositif d'accueil est opérationnel pour les admissions programmées ou non programmées ainsi que venant des consultations externes.

L'établissement utilise la plateforme Via Trajectoire (dossier commun régional de demande d'admission en SSR) pour les demandes du territoire.

La gestion des interfaces est effective pour faciliter la concertation entre professionnels telle la télé interprétation des examens de radiologie associé (PACS Imagerie).

Les partenariats avec les établissements du secteur permettent un large panel de prises en charge.

Les évaluations initiales et continues médicales comme paramédicales sont tracées dans le dossier patient informatisé et surtout papier.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à sa situation cependant il a été constaté lors de l'investigation "patient traceur" dans un des secteurs du centre hospitalier, que la prise en

compte du traitement antérieur n'a pas été exhaustive.
 La réflexion bénéfique risqué est tracée et plus particulièrement dans les secteurs de soins palliatifs et également en médecine ou soins de suite, le consentement du patient est recherché recueilli et tracé.
 La prise en soins repose sur les réunions pluri-professionnelles voire pluridisciplinaires (staffs, réunions de synthèse) dans les différents secteurs de soins à des fréquences différentes selon les organisations des services et en lien avec les prises en charge spécifiques.

Une démarche structurée de prise en charge des troubles nutritionnels dont la dénutrition est engagée dans les services avec la collaboration du CLAN, des correspondants du CLAN/service et la diététicienne réalisant des évaluations et des enquêtes nutritionnelles.
 La traçabilité du dépistage et du suivi est assurée dans les différents secteurs.
 Un regard particulier est porté sur les résultats de l'indicateur national qui a été amélioré depuis le dernier recueil.

Un programme d'éducation thérapeutique sur la réhabilitation respiratoire labellisé est suivi depuis quelques années. Les risques d'escarres sont évalués à l'entrée du patient à partir de la grille d'évaluation pour adapter la prise en soins.
 Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place, notamment dans le pôle santé mentale.

Des modalités d'interventions de la psychiatrie de liaison sont mises en œuvre dans les autres secteurs de l'établissement.

La prise en charge somatique des patients en santé mentale est assurée, elle est intégrée dans les dossiers des patients comme l'a confirmé l'investigation Patient Traceur de psychiatrie.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est effective : attentions significatives portées pour les patients porteurs de maladies chroniques, pour les personnes atteintes d'un handicap.

Le service social œuvre et a développé de nombreux partenariats pour les publics démunis. L'assistante sociale a un rôle prépondérant dans l'anticipation de la sortie particulièrement post psychiatrie et /ou post addictologie. Les interfaces avec les services médico-techniques, les professionnels de la rééducation et les services logistiques sont opérationnelles.

L'organisation de la sortie des patients est effective et permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Pour les hospitalisations programmées, l'organisation de la sortie est anticipée avant l'hospitalisation et la sortie est envisagée pour les autres hospitalisations dès l'entrée.

La sortie par décès est effective, une chambre mortuaire mise à disposition permet à l'entourage d'avoir le temps nécessaire pour organiser les funérailles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes et la cellule qualité évaluent et suivent la mise en œuvre du processus Parcours Patient, à l'aide des indicateurs nationaux et d'autres définis en interne.
 L'établissement participe aux campagnes de recueil des IQSS (MCO et SSR) et de spécialité pour évaluer la conformité des pratiques au travers de leur traçabilité.
 Le bilan annuel des activités de soins reprend le suivi d'indicateurs d'activité, de qualité gestion des risques dont la satisfaction des patients, les plaintes et réclamations, les déclarations événements indésirables.
 Des audits sont menés régulièrement : des audits Patient Traceur ont été réalisés et ont fait l'objet de rappels de bonnes pratiques notamment en termes de traçabilité dans le dossier.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des diverses évaluations en lien avec les professionnels concernés (pôles, services) donne lieu à des actions d'amélioration selon les points à risques identifiés ou les baisses de

résultats.

L'exploitation des FEI fait l'objet d'actions d'améliorations.

Les plans d'actions par service ne sont totalement intégrés dans le programme d'actions institutionnel.

La mise en œuvre des actions est suivie.

La communication des résultats des différentes évaluations comme des indicateurs nationaux et internes à l'établissement est organisée, via l'Intranet connu des professionnels et par affichage, grâce aux supports de communication et lors des réunions de pôles et de services par les responsables (médecins et cadres).

Les instances, auxquelles participent les usagers, sont également informées valident les actions proposées.

Les résultats des indicateurs sont mis à la disposition du public par affichage dans les services.

Ceci est réalisé en appui avec la cellule qualité gestion des risques de l'établissement, ce qui permet de suivre les actions et de réajuster les cibles.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	Le matériel d'urgence dans les secteurs n'est pas systématiquement sécurisé. Lors des investigations terrain, 1 chariot d'urgence vitale en SSR et 1 mallette d'urgence vitale en HJ addictologie n'étaient pas scellés.	AP	18b

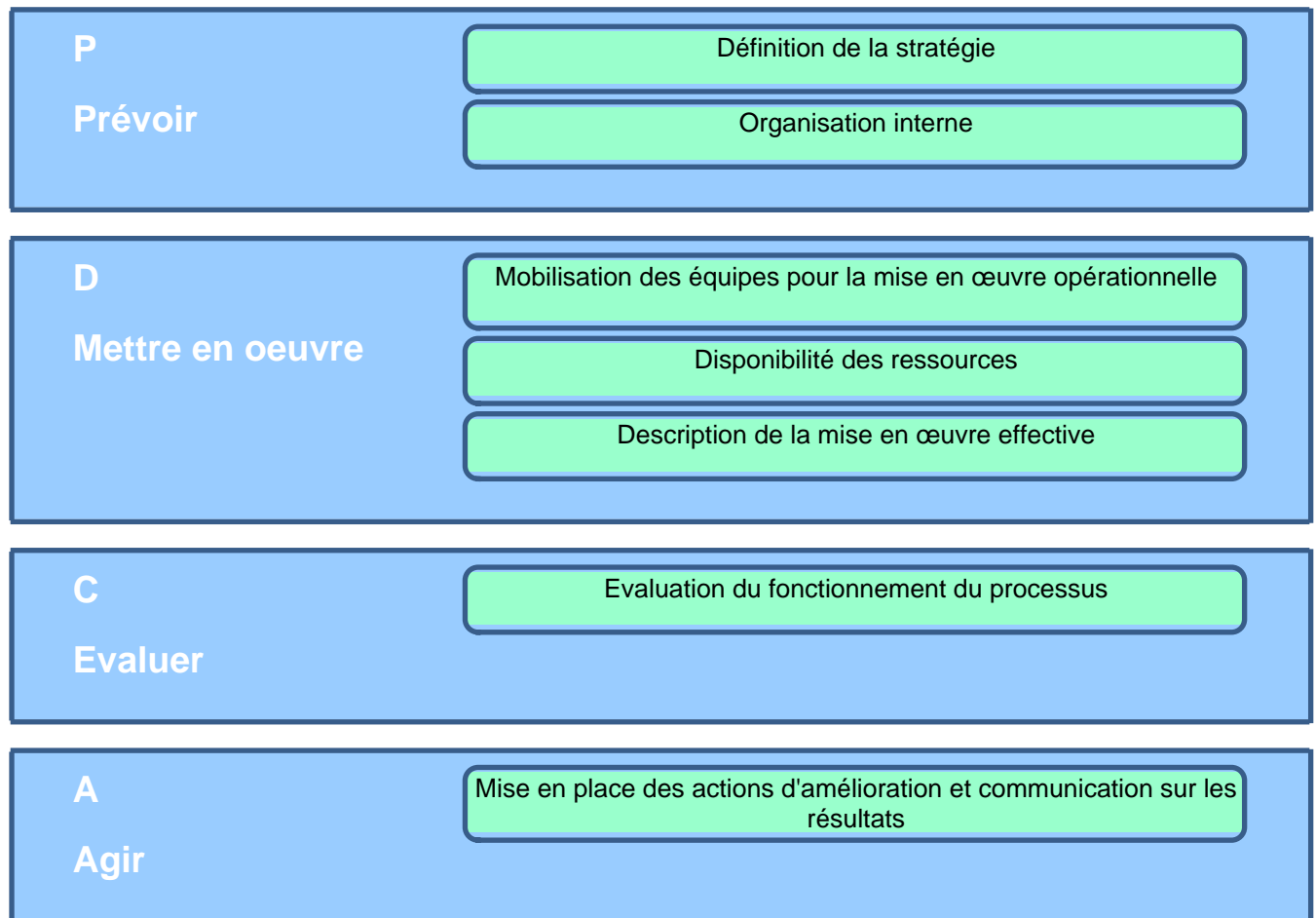
DOSSIER PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du Centre Hospitalier en matière de Dossier du Patient est inscrite au chapitre « Projet du Système d'Information Hospitalier (SIH) » du Projet d'Etablissement 2012-2016. : il est fait mention d'un objectif « Etendre le périmètre et la profondeur du SI production de soin ». Après rappel de l'existence d'un dossier papier standard, un objectif d'évolution vers le dossier patient informatisé est fixé : la priorité dans ce domaine est donnée à l'informatisation du Circuit du Médicament. Puis le développement prévu est orienté sur une architecture intégrée favorable à l'évolution du dossier médical et enfin du dossier de soins.

A la date de la visite, l'établissement est par ailleurs engagé dans la mise en œuvre d'un GHT avec le Centre Hospitalier de Douai dénommé « GHT du Douaisis ». Le Projet médical partagé validé en Comité Stratégique du GHT et présenté à l'ARS en décembre 2016 prévoit dans une filière transversale d'organiser un développement d'outils communs et tout particulièrement un Dossier patient partagé.

Une analyse des risques a été réalisée lors de la préparation du compte qualité, à partir d'une cartographie des risques antérieures mais aussi de différentes autres sources d'information :

- résultats de la précédente itération de certification
- feuilles d'événements indésirables reçues sur le thème
- rapport annuel de la CRUQPC
- résultat d'un audit

Il se dégage de l'analyse du compte qualité publié en juin 2016 l'identification de trois risques principaux :

- perte de données du dossier patient
- manque de données dans le dossier patient
- non-respect des droits d'accès au dossier par le patient ou ses ayants droits.

et de trois actions à mettre en œuvre sur la période septembre 2016 – juin 2017.

Les trois sont en cours à la date de la visite.

Le Programme qualité et gestion des risques 2015-2016 intègre 2 actions relatives au dossier du patient dont une tendant à l'informatisation du dossier du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est porté par deux professionnels :

- le Cadre Socio-Educatif – Assistante de Pôle Psychiatrie,
- le Cadre Supérieur de Santé – Assistante de Pôle – services hors psychiatrie).

Un groupe de travail mis en place lors de la préparation du Compte Qualité et comprenant des représentants de chacune des structures et des services administratifs concernés tient une place essentielle dans l'organisation mise en place pour piloter le processus.

Il existe un réseau de référents.

Plusieurs membres de ce groupe participent à l'instance QUALIRISQUE ce qui permet l'instauration d'une coordination efficace en particulier sur les questions d'identitovigilance.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines (programmes de formation cohérents et structurés), matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Un Guide d'Utilisation du dossier Patient élaboré en Mai 2005 par le groupe de travail chargé d'harmoniser les différents dossiers existants antérieurement est accessible sur l'intranet. Son ergonomie permet d'ouvrir les différentes fiches présentant les règles de tenue du dossier (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage, etc.). On doit donc considérer que celles-ci sont formalisées et diffusées de façon adéquate et exhaustive.

En complément de ce Guide, l'établissement a mis en place en avril 2010, une procédure administrative « recherche d'un Dossier Patient » qui fixe différentes règles propres à l'archivage.

Enfin, l'organisation relative à l'accès du patient à son dossier est décrite par procédure d'octobre 2009 comportant un logigramme et différents supports-types.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier patient dans les différents secteurs en cohérence avec la démarche institutionnelle est facilitée d'une part par l'engagement des différents professionnels responsables au sein du Groupe QUALIRISQUE, d'autre part par la taille de l'établissement qui se caractérise par des circuits relativement courts.

La mobilisation des professionnels et la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues est aussi obtenue par l'évocation des problématiques dossiers lors des réunions organisées par les Cadres Supérieurs de Santé et les Cadres.

C'est dans ce contexte que sont évoqués les résultats des différents indicateurs affichés dans les unités et recherchées les pistes d'amélioration qui peuvent en être déduites.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition des professionnels différents outils documentaires nécessaires à la gestion du dossier patient et à son archivage. Les experts-visiteurs ont pu constater, lors des phases de vérification sur le terrain, que les professionnels savaient s'y référer.

Des ressources nécessaires à l'informatisation du dossier patient sont également disponibles. Il s'agit de ressources :

- en matériel (a minima on trouve dans chaque structure : 1 poste pour les cadres, 1 poste par salle de soin, 1 poste par bureau infirmier, 2 tablettes par unité)
- en logiciels (pancarte des constantes, prescription médicamenteuse, compte-rendu de fin d'hospitalisation et courrier de sortie)
- en réseau
- en interfaces (résultats d'examen, logiciel de gestion administrative attribuant les numéros « identifiant-patient », restauration-régimes et aversions, transfusion...)

Des moyens sont également accordés de telle sorte que les rangements des dossiers papiers soient effectués de façon adéquate (locaux fermant à clés et armoires sécurisées de rangement des dossiers aux endroits stratégiques, fonctionnalité du local d'archivage central situé à proximité d'un bureau de secrétaires médicales et existence d'un poste d'archiviste).

Un travail de formation-action a été réalisé lors de la phase de fusion des différents dossiers puis en direction des référents lors des débuts de l'informatisation. Ceux-ci ont, entre autres missions, celle de démultiplier leurs acquis et d'initier les nouveaux arrivants.

Enfin, le fournisseur du logiciel forme des professionnels lors de mise en place d'une nouvelle version.

D'une façon générale, les temps de travail nécessaires à la gestion et à la tenue du dossier patient sont pris en compte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les professionnels, et tout particulièrement ceux des bureaux d'accueil chargé des admissions et des consultations, sont sensibilisés à l'importance de l'identité-vigilance, l'établissement ayant travaillé cette question depuis plusieurs années. Les interfaces dossier administratif-dossier patient fonctionnent tant en ce qui concerne le dossier informatique que son reflet papier en cas de fonctionnement dégradé.

Des organisations sont en place pour préserver la continuité du système qui historiquement n'a connu qu'une ou deux grosses pannes : mise à disposition du logiciel administratif aux horaires et jours de fermeture des bureaux, existence de contrats de maintenance avec les fournisseurs, fonctionnement en mode dégradé et plan de reprise d'activité, modalités de sauvegarde des données...

On fait le constat d'une organisation fluide et d'une réelle homogénéité entre les différents volets d'information médicale (interface administratif, dossier informatisé, dossier papier et reflet papier, éléments de plan de soins, archives...).

Les informations de type résultats d'actes de laboratoire et d'examen de radiologie) sont correctement intégrées dans le dossier patient

D'une façon générale, la traçabilité des actions et activités réalisées est assurée au travers du Dossier Patient et les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont intégrés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs (notamment les CMP et l'Hôpital de Jour) sont opérationnelles (fiches de synthèse et de liaison) afin de favoriser la communication en temps utile du dossier entre structures et en direction des correspondants externes.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier (18 demandes en 2013, 30 en 2014 et 19 en 2015) sont respectés, qu'il s'agisse de dossiers de moins ou de plus de 5 ans.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre de son processus sur la base d'outils identifiés.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs, est réalisée ; il en est fait mention dans les rapports annuels de la CDU.

D'autres indicateurs permettent l'évaluation de la gestion du dossier patient.

D'une part, l'établissement participe au recueil des indicateurs transversaux de qualité et de sécurité (IPAQSS 2016, sur la base des données 2015, publiés pour le secteur SSR, MCO et Psychiatrie : qualité de la tenue du dossier, courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels et traçabilité de l'évaluation de la douleur pour SSR et MCO).

D'autre part, l'établissement a réalisé des évaluations selon la méthodologie des patients traceurs (2 dossiers en psychiatrie, 4 dossiers en soins généraux).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en oeuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRU.

On peut citer par exemple les mesures prises par rapport à la traçabilité de la douleur, les délais d'envois du compte-rendu de sortie ou plus largement la tenue du dossier.

Des communications sont réalisées :

-restitution des résultats par les cadres d'unités en réunion de fonctionnement et en Groupe QUALIRISQUE. Les éléments sont repris en CME.

-informations réalisées en CDU

-affichage au public et aux professionnels des résultats des indicateurs nationaux.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

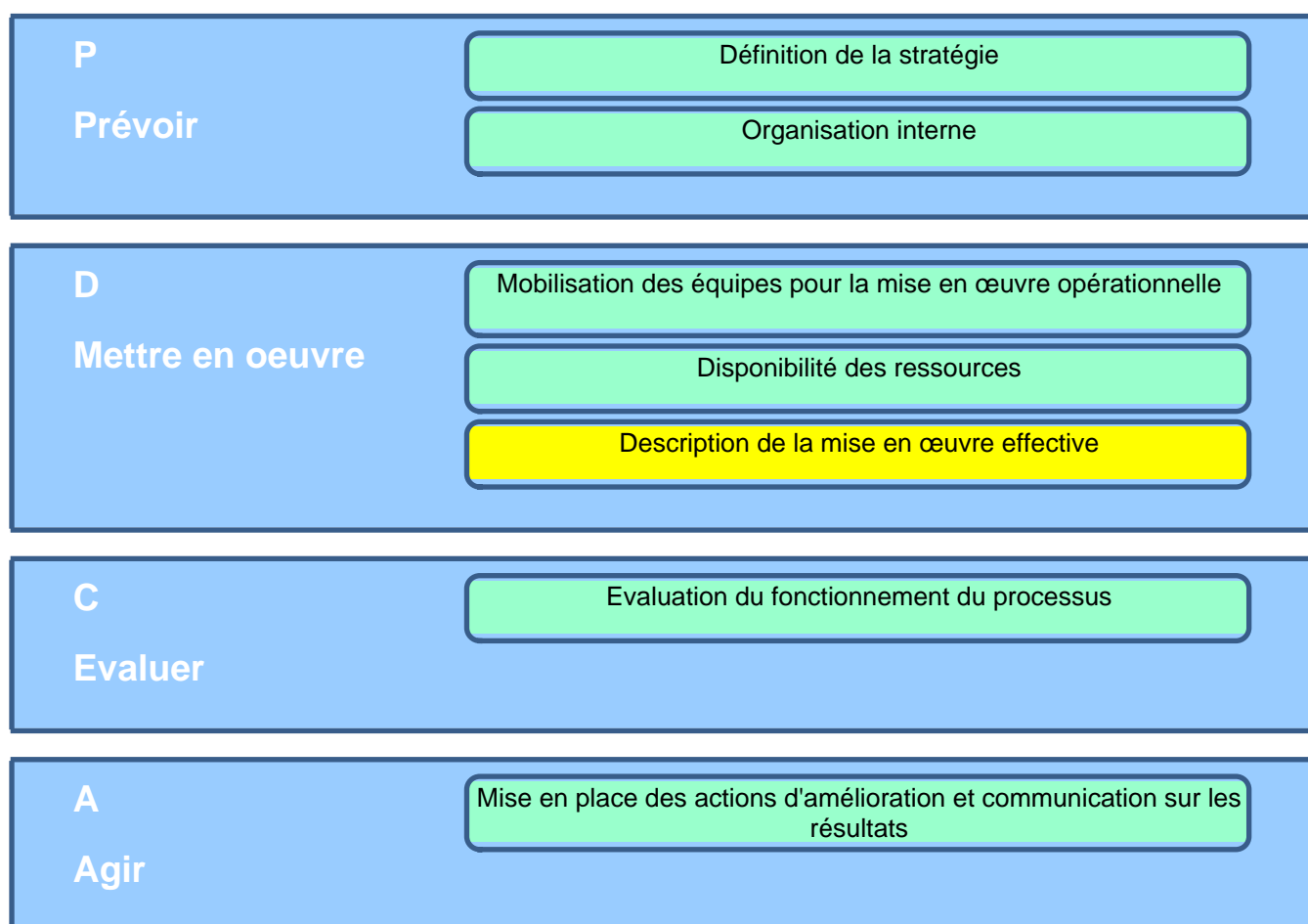
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Somain a une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte hospitalier local, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au sein d'un groupe pluri professionnel: 4 risques ont été identifiés, dont 1 prioritaire, et intégrés au compte qualité. Une cartographie du processus complète cette analyse.

Cette stratégie prend en compte la réglementation propre au circuit du médicament, la veille réglementaire, les fiches d'événements indésirables et les orientations du CPOM 2012_2016 (Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens). Elle est validée par les instances concernées, et déclinée dans un programme d'action formalisé et révisée annuellement.

L'établissement a défini sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse déclinée dans le projet d'établissement 2012 – 2016 et dans un document spécifique à ce processus, validé en octobre 2016 par la Direction et la CME. L'établissement a développé une stratégie spécifique au secteur gériatrique.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète en hospitalisation complète et intégrée au système d'information hospitalier. En psychiatrie ambulatoire, les prescriptions sont sur ordonnance papier. Le médecin du département d'information médicale est membre du Comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus et le suivi du programme d'actions (recueil des indicateurs, analyse des données avec les professionnels...). Un manuel assurance qualité du processus « Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse » de 2016, en précise l'organisation et décline les différentes étapes opérationnelles du processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste ou de missions des professionnels (responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse, infirmier référent de la prise en charge médicamenteuse des unités, préparateurs référents des unités...).

Le groupe de travail « Cellule qualité de la prise en charge médicamenteuse » a identifié les médicaments, les patients et les situations à risque au CH de SOMAIN. Les préparateurs en pharmacie organisent des visites périodiques (pluriannuelles) des armoires à pharmacie des unités de soins intra hospitalière et extra hospitalière. Les différents circuits (par exemple Le circuit des stupéfiants, la gestion des traitements personnels des patients hospitalisés, les prescriptions médicamenteuses dont celles des patients âgés, le transport des médicaments...) font l'objet de procédure.

La population à risque des personnes âgées est prise en compte au travers d'un document relatif aux prescriptions médicamenteuses

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectifs, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaire (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. Chaque professionnel (médecins, soignants...) dispose d'un identifiant et d'un code lui permettant d'accéder au logiciel du circuit du médicament, en fonction de son niveau d'habilitation.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Le plan de formation continue de l'établissement prévoit un axe spécifique sur la prise en charge médicamenteuse.

Une organisation de la permanence pharmaceutique est en place (astreinte, remplacement du pharmacien pendant ses absences, dotation pour besoins urgents dans chaque unité).

Des outils d'aide à la prescription sont mis à disposition des prescripteurs (exemple : banque de connaissances, Livret d'aide à la prescription en DCI, Bon usage des anti-infectieux, Guide de bon usage des spécialités buvables...). Ces outils à destination des professionnels sont actualisés et validés (livret pharmaceutique, guide de bonnes pratiques...). Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire connu des professionnels.

Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Ces circuits intègrent notamment la livraison et le transport des médicaments dans les différentes unités de l'établissement, le retour des produits périmés,....

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Cette déclinaison repose sur une concertation pluridisciplinaire et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions de sensibilisation et de formation au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

Les équipes sont sensibilisées au bon usage des médicaments et elles s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur unité (Exemple : correspondants prise en charge médicamenteuse). La conciliation médicamenteuse est en cours de ploiement au sein de l'établissement.

Le pharmacien, les préparatrices en pharmacie, les cadres de santé ainsi que les référents infirmiers de l'établissement s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) et plus particulièrement du respect des règles de gestion, de rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.) dont les médicaments à risque. La PUI a mis à disposition des soignants une liste des durées de conservation, après ouverture, pour les solutés buvables, ainsi que la liste des médicaments « écrasables ».

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les résultats en sont communiqués aux équipes (audits, CREX,) par l'encadrement et à disposition sur la gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

La documentation papier et informatisée est accessible, actualisée, connue et disponible dans les unités.

Les matériels et équipements sont disponibles : ordinateurs et tablettes en nombre pour les prescripteurs et à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), un ordinateur ou des tablettes dédiées à la distribution et à la validation de l'administration des médicaments dans les unités de soins, locaux sécurisés dans les secteurs de soins et à la PUI, chariots d'urgence, réfrigérateur basse température, médicaments pour besoins urgents...).

Dans les salles de soins, une zone est réservée à la dotation des médicaments et conforme à la réglementation (armoire fermant à clé, chariots d'urgence vitale contenant les produits de santé conforme à une liste préétablie en concertation médecin-pharmacien, réfrigérateur basse température, armoire de rangement et chariot de distribution adaptés...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse. Le circuit, de la prescription à l'administration, incluant la dispensation est effectif.

Cependant, les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours respectées. Des retranscriptions de prescriptions injectables ont été retrouvées au sein de deux unités de soins lors des investigations terrain. Des retranscriptions des prescriptions injectables sur un agenda au sein de l'unité de psychiatrie « Les 4 saisons » et sur une fiche de surveillance en SLD, ont été retrouvées lors des investigations terrain.

Le traitement personnel du patient à son admission est pris en compte. Le pharmacien a connaissance des allergies médicamenteuses dans le dossier informatisé et les infirmiers dans le dossier papier.

Une analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est réalisée comme en atteste les indicateurs IQSS et Hôpital numérique.

Le patient est informé sur le bon usage de ses médicaments lors des entretiens médicaux et infirmiers. Un livret « Mon traitement médicamenteux à l'hôpital » est distribué aux patients dans le livret d'accueil, tant en intra hospitalier qu'en ambulatoire. De même, une brochure « La morphine : ce que vous devez savoir... » a été élaborée et est remise aux patients concernés.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus, est assurée. Les règles de validation de l'administration des traitements sont respectées. La validation est faite sur le logiciel de prescription, en temps réel.

Les conditions de travail sont favorables à la préparation et à la distribution des médicaments (organisation spécifique, double vérification à la PUI).

Les règles de gestion sont respectées (rangement, transport et stockage des médicaments, hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Des échanges entre la pharmacie et les unités de soins ont lieu régulièrement (visites des armoires).

Le recueil des erreurs médicamenteuses est en place et porté par le pharmacien et analysé par les professionnels concernés lors de CREX.

La traçabilité des actions et activités est assurée dans les services de soins (suivi des températures, vérification des chariots d'urgence, suivi des périmés, date d'ouverture des solutés buvables, CREX).

Les personnels de l'établissement sont formés aux risques liés à la prise en charge médicamenteuse (61 agents de formés en 2016). Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, le CH de Somain a organisé une action « Chambre des erreurs » à laquelle ont participé 75 personnes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « Management de la prise en charge médicamenteuse » sont assurés sur la base d'outils identifiés.

Des indicateurs de suivi périodique (indicateurs de contrôle des conditions de stockage des médicaments en service, suivi des indicateurs qualité de la prise en charge médicamenteuse, indicateurs IPAQSS, nombre de déclarations des événements indésirables liés au circuit du médicament...) sont en place. L'établissement a réalisé des évaluations complémentaires (audit croisé sur le circuit du médicament avec le réseau qualité régional, visite des armoires à pharmacie...).

Les événements indésirables liés au circuit du médicament font l'objet de signalements (176 en 2016) et d'analyse par le Comité de retour d'expérience. Ces CREX ont été réalisées avec les professionnels concernés (6 cas en 2015 et 3 en 2016).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre (61 actions recensées) sont intégrées et articulées avec les différents programmes d'actions institutionnelles.

Des supports et modalités de diffusion sont établis (papier et numérique).

La communication des indicateurs, des résultats et des succès obtenus est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels (journal interne «Le Petit Brachelet», gestion documentaire, affichage) et des usagers (DRU, affichage réglementaire des IPAQSS). L'établissement publie chaque année un tableau de suivi des indicateurs qualité de la prise en charge médicamenteuse et leurs évolutions.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours respectées.</p> <p>Des retranscriptions de prescriptions injectables ont été retrouvées au sein de deux unités de soins lors des investigations terrain. Des retranscriptions des prescriptions injectables sur un agenda au sein de l'unité de psychiatrie « Les 4 saisons » et sur une fiche de surveillance en SLD, ont été retrouvées lors des investigations terrain.</p>	AP	20a bis

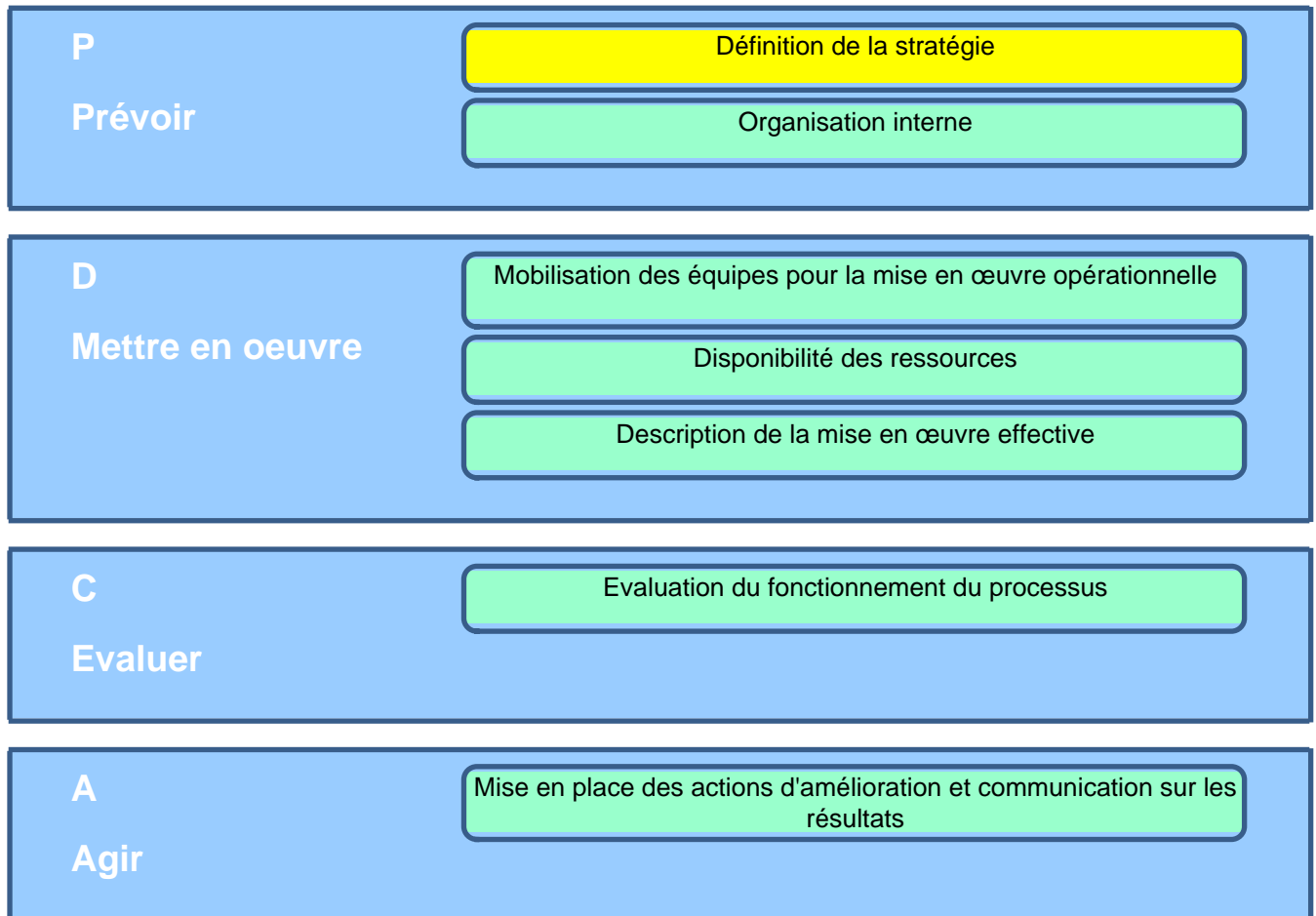
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une analyse des risques en matière d'endoscopie a été élaborée sur la base d'une identification des missions (mise à jour avec l'organisation du GHT du Douaisis, regroupant deux structures hospitalières, signé le 16 décembre 2016), du contexte (par exemple le départ en retraite d'un pneumologue) et d'une cartographie des risques, réalisée par le personnel intervenant ou étant intervenu sur l'unité. Celle-ci est actualisée annuellement.

Il existe une démarche qualité organisée de façon analogue aux autres processus de l'établissement, avec identification et analyse du processus ; elle est utilisée comme support de formalisation d'un programme d'action suivi régulièrement, avec élaboration d'un bilan annuel au niveau du QUALIRISQUE (comité regroupant les vigilances).

En revanche, il n'existe pas de stratégies et d'objectifs définis, propres à ce secteur d'activité à risques. Le projet médical se terminant en 2016 n'a pas été réactualisé, et il n'abordait pas l'endoscopie. Il n'y a pas d'objectif chiffré d'actes, ni d'adaptation prévisionnelle aux modifications de volumétrie (par exemple l'activité de fibroscopie bronchique en 2016 chute pour se retrouver proche de 10% de celle de 2015).

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus (une cadre supérieure de santé et l'infirmier hygiéniste) du processus sont nommés par « le comité de pilotage pour la certification » dont la CSS est membre.

La prise en charge du patient en endoscopie est organisée. Le fichier utilisé comme Compte Qualité (CQ) est alimenté par les pilotes. L'identification des 3 secteurs est clairement définie. La zone d'endoscopie est localisée au sein de la zone de consultations externes. L'entrée se fait par l'accueil administratif de l'établissement situé à proximité. Puis le secrétariat médical prend en charge le patient. La salle d'attente est commune avec le service de radiologie. Les endoscopies pulmonaires ou digestives sont réalisées dans la même salle, celle d'ORL dans une autre. La planification hebdomadaire est précise et régulière. On retrouve l'organisation détaillée de chaque secteur dans « la charte de fonctionnement en endoscopie » signée le 10 mars 2017. Elle est validée par l'institution et connue des professionnels avec un émargement de chaque intervenant.

L'organisation est structurée pour l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs sur la prise en charge, facilité par la taille humaine de l'hôpital. Cela inclut l'infirmier opérationnel d'hygiène, partageant son temps entre l'hygiène et ce secteur à risque et le service d'admission.

L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Au niveau des ressources humaines, il existe 3 Infirmiers et une ASH. Il n'y a pas d'organisation pour les nouveaux arrivants, mais le turn-over est rare, permettant une adaptation au cas par cas. L'organisation documentaire est réelle avec un intranet et doublon par classeurs, dont la mise à jour se fait en même temps que la version informatique et la localisation est définie par une procédure avec émargement des professionnels. Il existe une priorisation des risques (5 retenues).

La communication aux professionnels est organisée et utilise la référente qualité (partagée avec le service de radiologie), les cadres de santé, ou la revue interne « le petit Brachelet ».

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action sont établis pour les risques identifiés par les opérateurs finaux lors de réunions ou par des audits.

On en retrouve 8 pour 5 risques prioritaires. La sensibilisation du personnel est réalisée par la cadre de santé ou la personne référente qualité du secteur de soins. Il y a mise en place d'audits en endoscopie (en 2014 et en 2016) par le GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière), base de travail choisi pour une EPP.

Il est retrouvé des indicateurs qualitatifs comme l'analyse de conformité du bio-nettoyage des endoscopes ou sur le suivi des examens d'anapathologie, la remontée d'information peut se faire aussi par les déclarations d'événements indésirables (1 en 2015, aucune en 2016).

Les résultats sont transmis au personnel, et ce d'autant plus facilement qu'il est limité et stable.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le matériel est dédié, et il y a deux endoscopes par filière.

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Il y a eu une réduction importante du personnel infirmier, seules les 3 personnes de consultation participent à l'acte. Ceci permet de s'adapter à l'arrêt d'un praticien, pour garder une compétence en rapport avec le nombre d'actes réalisés (inférieur à 50 en pneumologie, et à 150 en gastro-entérologie notamment). Il existe une ASH pour l'entretien du matériel selon les bonnes pratiques.

La formation AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) est suivie.

On retrouve des locaux disponibles, permettant une circulation fluide des patients et du personnel. Il existe une organisation du matériel, un chariot d'urgence scellé présent dans la salle des épreuves d'effort. La maintenance est organisée avec des procédures en regard, dont celle externalisée par exemple pour le lave-endoscope.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité et sécurité des soins. La documentation s'appuie sur les bonnes pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des recommandations. L'ensemble de l'organisation est formalisé dans la charte de fonctionnement en endoscopie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur endoscopique ne prend en charge que des endoscopies programmées et ne nécessitant pas d'anesthésie. Les trois spécialités ne disposant que de deux endoscopes chacune, des consultations sans actes endoscopiques sont mises en places entre afin de pouvoir assurer les cycles d'entretien.

Pour respecter la réglementation notamment sur l'information du patient, il est réalisé une consultation expliquant l'acte plusieurs jours avant ce dernier.

L'ensemble du personnel connaît l'organisation définie, la taille de la structure étant facilitatrice. Les circuits sont respectés ainsi que la sécurité du patient avec la présence de check-lists différentes. La traçabilité est organisée et effective que ce soit informatiquement (compte rendu per opératoire) ou sur le dossier papier. Elle inclut les vérifications effectuées sur le lave endoscope, dont l'impression thermique reste lisible, 7 ans plus tard, comme nous avons pu le vérifier.

Il est possible de retracer l'historique des actes et des endoscopes ainsi que des patients traités.

Il existe une recherche d'amélioration permanente, avec « des audits endoscopie » repris dans l'EPP qui est en cours. Il existe une organisation du retour d'expérience que ce soit par le cadre de santé, la référente qualité ou l'IDE Hygiéniste partageant son temps de travail avec cette unité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des événements indésirables existe, en version papier. Leurs analyses sont réalisées par la cellule qualité et gestion des risques, puis sont présentées à la commission Qualirisque.

L'évolution est accessible par le retour de l'encadrement, facilitée par la taille de l'établissement ou par les référents qualité.

On retrouve des indicateurs en très grande majorité qualitatifs (gestion de l'eau, nombre d'événements indésirables, audit de l'EPP...).

L'évaluation des pratiques professionnelles est suivie sur le tableau de bord EPP de l'établissement. Il n'y a pas eu de plaintes ou réclamations en 2016.

Le processus est également évalué une fois par an. Un compte rendu est diffusé.

Cependant, le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité et efficacité) ne permettent la mise en place d'actions d'amélioration. Il n'est pas retrouvé d'indicateurs d'activité et d'efficacité. La réduction importante de l'activité de fibroscopie bronchique en lien avec le départ d'un pneumologue, par exemple n'a pas donné lieu à la mise en place d'outils d'évaluation.

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

Les actions mises en œuvre dans le cadre du processus Management de la prise en charge du patient en endoscopie sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel.

Des contrôles de conformité des pratiques sont mis en œuvre. Le personnel est sensibilisé au suivi de certains indicateurs.

Le recueil et l'analyse des EI sont réalisés, il y en a 0 en 2016, et 1 en 2017 à ce jour.

Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints. L'organisation du retour d'expérience est limitée. On ne retrouve aucune CREX ou RMM sur le thème.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégies et d'objectifs définis, propres à ce secteur d'activité à risques. Le projet médical se terminant en 2016 n'a pas été réactualisé, et il n'abordait pas l'endoscopie. Il n'y a pas d'objectif chiffré d'actes, ni d'adaptation prévisionnelle aux modifications de volumétrie (par exemple l'activité de fibroscopie bronchique en 2016 chute pour se retrouver proche de 10% de celle de 2015).	AP	26b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité et efficience) ne permettent la mise en place d'actions d'amélioration. Il n'est pas retrouvé d'indicateurs d'activité et efficience, alors que nous retrouvons, par exemple, une réduction importante de l'activité de fibroscopie bronchique en lien avec le départ d'un pneumologue.	AP	26b

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	<p>Le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus.</p> <p>Les PAQSS 2013-2014 et 2015-2016 présentés aux experts présentent une quarantaine d'actions retenues comme prioritaires.</p> <p>-Les Plans d'action des différentes Commissions techniques du type CLAN, CLIN, CLUD ne sont pas repris de façon exhaustive.</p> <p>-Les indicateurs ou critères permettant d'évaluer l'état d'avancement ou la réalisation des différentes actions ne sont pas précisés.</p>	AP	8a
	D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Le système de gestion documentaire n'est pas parfaitement opérationnel.</p> <p>Lors des investigations, il a été permis de constater que différents documents de type Protocole et Procédures n'avaient pas une présentation conforme à celle prévue par la Procédure des procédures.</p> <p>C'est le cas par exemple de tous ceux précisant les conduites à tenir en matière d'hospitalisation dans les unités de Santé Mentale.</p> <p>D'une façon plus générale, les experts ont pu constater que des pièces documentaires importantes (éléments de politique, fiches d'enregistrements, fiches de mission ou de postes n'étaient ni signées, ni identifiées, ni datées) pouvant générer des risques importants en cas de mauvais usage ou d'emplois erronés.</p>	AP	5c
Gestion du risque infectieux	P / Organisation interne	PS	<p>Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement ne sont pas définis pour maîtriser le risque infectieux.</p> <p>Il n'est pas retrouvé l'organisation du risque infectieux, risque identifié comme prioritaire dans le CQ transmis par l'établissement. On retrouve des documents donnant les rôles, les missions et compétences requises et temps dédiés disponibles sur l'intranet, non daté, non signé, avec une absence de cohérence avec l'activité actuelle (par exemple 1 ETP infirmier dédié, alors qu'actuellement il est à 0.5 ETP) et on nous a fourni les derniers documents, qui sont en l'état, des documents de travail en attente depuis plusieurs mois. Il n'est pas retrouvé d'organisation pour joindre une personne responsable en cas d'absence de l'infirmier hygiéniste. Il</p>	AP	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
			n'y a pas de formalisation pour contacter un praticien hygiéniste dans une autre structure hospitalière.		
		PS	Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux ne sont pas définies avec l'EOH et/ou la CME lors de travaux. On ne retrouve pas une organisation définie des actions à mettre en oeuvre pour maintenir l'hygiène des locaux en cas de travaux. L'information du CLIN sur les travaux réalisés au sein de l'établissement mise en place depuis deux ans n'est pas encore formalisée.	AP	7d
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le projet d'Etablissement 2012-2016 ne fait pas mention du respect du droit des patients ; cette thématique n'est donc pas formellement inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. Le futur Projet d'Etablissement prendra appui sur les orientations du Groupement Hospitalier de Territoire mise en place avec le Centre Hospitalier de Douai. Le Projet Médical Partagé du GHT, validé en décembre 2016, qui servira de base à l'établissement pour élaborer son propre projet comporte une mention sur le respect de la personne et des libertés au chapitre filière psychiatrie. Une réflexion est engagée concernant le Projet de Soins partagé ; celui-ci devrait développer au moins deux thèmes en lien avec les droits des patients : la bientraitance et la place des représentants des usagers.	AP	1d
	P / Organisation interne	PS	Le dispositif d'hospitalisation sans consentement n'est pas parfaitement structuré. Les différentes procédures relatives à l'admission en service de soins psychiatriques (notamment en ce qui concerne les hospitalisations sans consentement) sont de création récente (février 2017) ; elles ne sont pas signées et leur forme ne répond pas aux règles posées par la Procédure des Procédures de l'établissement. L'établissement a mis en place en début d'année 2017, conformément au Code de La Santé Publique, un registre des contentions sur lequel il mentionne les mises en isolement. Afin de les protéger d'éventuels actes agressifs commis par d'autres patients, les malades objets de mesures de contentions dans	AP	19d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
			l'unité fermée de Psychiatrie, sont placés dans une chambre fermant à clé et strictement dédiée à cette fonction. Celle-ci, n'est pas organisée et conçue selon les principes de bonnes pratiques. Le lit est scellé mais il n'y a pas de sonnette d'appel, de pendule, de double entrée et de sanitaires.		
	D / Disponibilité des ressources	NC	Le respect de la dignité du patient n'est pas assuré en toutes circonstances. Bien que d'une part, le patrimoine hôtelier soit régulièrement entretenu comme en témoignent les tableaux des programmes d'investissement remis aux experts et que, d'autre part, les professionnels soient attentifs dans leurs pratiques aux incidences d'un patrimoine vieillissant, la majorité des lits, à la date de la visite, sont implantés dans chambres à deux lits ne répondant pas à tous les attendus en matière d'humanité des locaux (peintures défraîchies en particulier dans l'unité fermée de psychiatrie, partage des équipements sanitaires). L'appartement thérapeutique de Somain est très ancien et ne dispose que d'une douche pour 6 patients. Des occultus préjudiciables à l'intimité des patients subsistent dans les unités de psychiatrie Le tutoiement des patients subsiste sans qu'une véritable réflexion éthique n'ait été engagée et des règles posées au niveau institutionnel sur la question du pronom d'adresse.	AP	10b
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	NC	Le matériel d'urgence dans les secteurs n'est pas systématiquement sécurisé. Lors des investigations terrain, 1 chariot d'urgence vitale en SSR et 1 mallette d'urgence vitale en HJ addictologie n'étaient pas scellés.	AP	18b
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours respectées. Des retranscriptions de prescriptions injectables ont été retrouvées au sein de deux unités de soins lors des investigations terrain. Des retranscriptions des prescriptions injectables sur un agenda au sein de l'unité de psychiatrie « Les 4 saisons » et sur une fiche de surveillance en SLD, ont été retrouvées lors des investigations terrain.	AP	20a bis
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégies et d'objectifs définis, propres à ce secteur d'activité à risques. Le projet médical se terminant en 2016 n'a pas été réactualisé, et il n'abordait pas l'endoscopie. Il n'y a pas d'objectif chiffré d'actes, ni d'adaptation prévisionnelle aux modifications de volumétrie (par exemple l'activité de fibroscopie bronchique en 2016 chute pour se retrouver proche de 10% de celle de 2015).	AP	26b
	C / Evaluation du fonctionnement du	PS	Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité et efficience) ne permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	AP	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
	processus		Il n'est pas retrouvé d'indicateurs d'activité et d'efficience, alors que nous retrouvons, par exemple, une réduction importante de l'activité de fibroscopie bronchique en lien avec le départ d'un pneumologue.		