



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
GROUPE HOSPITALIER
PUBLIC DU SUD DE L'OISE**

Boulevard laennec
60100 CREIL
MAI 2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	12
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	19
ANNEXE	26

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
 - des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.
- et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

GHPSO - SITE DE CREIL	
Adresse	Boulevard laennec 60100 CREIL
Département / région	OISE / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	600101984	GRUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE	Boulevard laennec Bp 72 60109 CREIL
Etablissement de santé	600107478	GHPSO CH SENLIS - SLD	4 avenue paul rouge 60309 Senlis
Etablissement de santé	600000053	GHPSO - SITE DE SENLIS	4 avenue paul rouge 60309 Senlis
Etablissement de santé	600000467	GHPSO - SITE DE CREIL	Boulevard laennec 60100 CREIL

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	46	/	23	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	50	3	/	/
MCO	Médecine	318	25	/	16936
SLD	SLD	73	/	/	/
SSR	SSR	35	7	/	/

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

- Accréditation COFRAC / Laboratoire d'hygiène (Recherche de légionnelles dans les eaux) + Laboratoire de biologie médicale / 2018

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Le GHPSO est l'établissement support du GHT Oise Sud. Le GHT Oise Sud est composé des établissements suivants :

- GHPSO
- HL de Nanteuil-le-Haudouin
- CH Pont-Sainte-Maxence
- + 11 établissements associés

PRINCIPALES COOPÉRATIONS :

- S'agissant de la gestion de plateaux techniques et de certaines activités support spécifiques, le GHPSO est membre de plusieurs groupements régionaux ou départementaux, sur la blanchisserie, les achats hospitaliers dont :
 - Centre de Traitement Textile Hospitalier (GSC)
 - GCS E-santé
 - Groupement de commandes des ES
 - Le GHPSO accueille une activité privée de médecine nucléaire et de radiothérapie : CIRIOS
 - Association SANTELYS
 - Coopération sur la dialyse chronique (filère IRC)
 - Télémédecine
 - Convention de partenariat pour le Centre d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) organisée selon une offre complémentaire privée pour l'activité biologique autorisée, et publique pour l'offre médicale clinique.
 - Réseau hygiène regroupant 28 établissements du Sud-Ouest de l'Oise
 - Réseaux/partneriats sur les prises en charge oncologique et gériatrique :
 - Réseau 3C
 - Réseau Oncageoise
 - Ateliers d'activité physique : ONCOPIC/Siel bleu / Ligue contre le cancer
 - Convention de direction commune avec l'EHPAD de Nanteuil le Haudouin
 - Convention de prélèvements d'organes avec le CHU Amiens
 - Réseau de prélèvement d'organes et de tissus
 - Réseau sur la prise en charge dans le pôle Femme-Mère-Enfant :
 - Réseau périnatalité (Prise en charge des patientes obstétricales en HAD)
 - Groupement d'intérêt économique IRM et Scanner – site de Senlis
 - Groupement d'intérêt économique IRM et Scanner – site de Creil
 - Coopérations avec l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise (ACSSO) : Hospitalisation à domicile
 - Mise en place de l'HAD aux urgences de Creil et Senlis
 - Convention PUI : Approvisionnement HAD
 - Modalités d'intervention des associations de bénévoles au sein de l'établissement :
 - SOS PREMA
 - LIREOLIT
 - SYNAPSES AVENIR (SSR)
 - ASP (soins palliatifs)
 - Les blouses roses
 - SATO (toxicomanie)
 - Convention de partenariat – implantation et prise en charge de la transfusion sanguine au GHPSO : avec l'Etablissement Français du Sang (EFS)
 - Réalisation des actes d'immuno-hématologie
 - Convention de gestion d'un dépôt de sang sur le site de Senlis
- Conventions avec de nombreux établissements médico-sociaux et

de soins de suite pour la prise en charge des personnes âgées issus des EHPAD du territoire

Convention cadre de coopération :

- Clinique du Valois
- Villemin Paul DOUMER
- Pont Sainte Maxence
- Réseau de santé Soins palliatifs
- Conventions cadres avec les établissements médico-sociaux pour la prise en charge des personnes âgées issus des EHPAD de la région dans le cadre du Plan Bleu = 35

Regroupement / Fusion	<ul style="list-style-type: none">- Regroupement de la réanimation du site de Senlis sur le site de Creil à hauteur de 15 lits (au lieu de 12) le 1er mars 2017- Regroupement des services de Pneumologie et de Diabétologie (au 5ème étage D) sur le site de Creil le 20 juin 2017- Regroupement Chirurgie Digestive et Urologie sur le site de Creil le 8 janvier 2018
Arrêt et fermeture d'activité	<ul style="list-style-type: none">- Médecine Interne et Pathologies Infectieuses – site de Creil le 19/06/2017- Hôpital de semaine Oncologie et HC Oncothoracique - site de Creil le 19/06/2017- Fermeture de l'Unité de Surveillance Continue de 8 lits sur le site de Senlis le 1er juillet 2018
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none">- Ouverture des consultations non programmées de Pédiatrie sur le site de Senlis - juin 2015- Ouverture des lits portes de Pédiatrie sur le site de Creil - novembre 2015- Ouverture d'une Unité hôpital de jour de Médecine pluridisciplinaire au 4ème étage B/C site de Creil - 18/09/17

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

- de surseoir à statuer sur la certification de l'établissement en raison de réserve dans l'attente des résultats d'une visite de suivi (D).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Dossier patient
Gestion du système d'information

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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
PRISE EN CHARGE
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

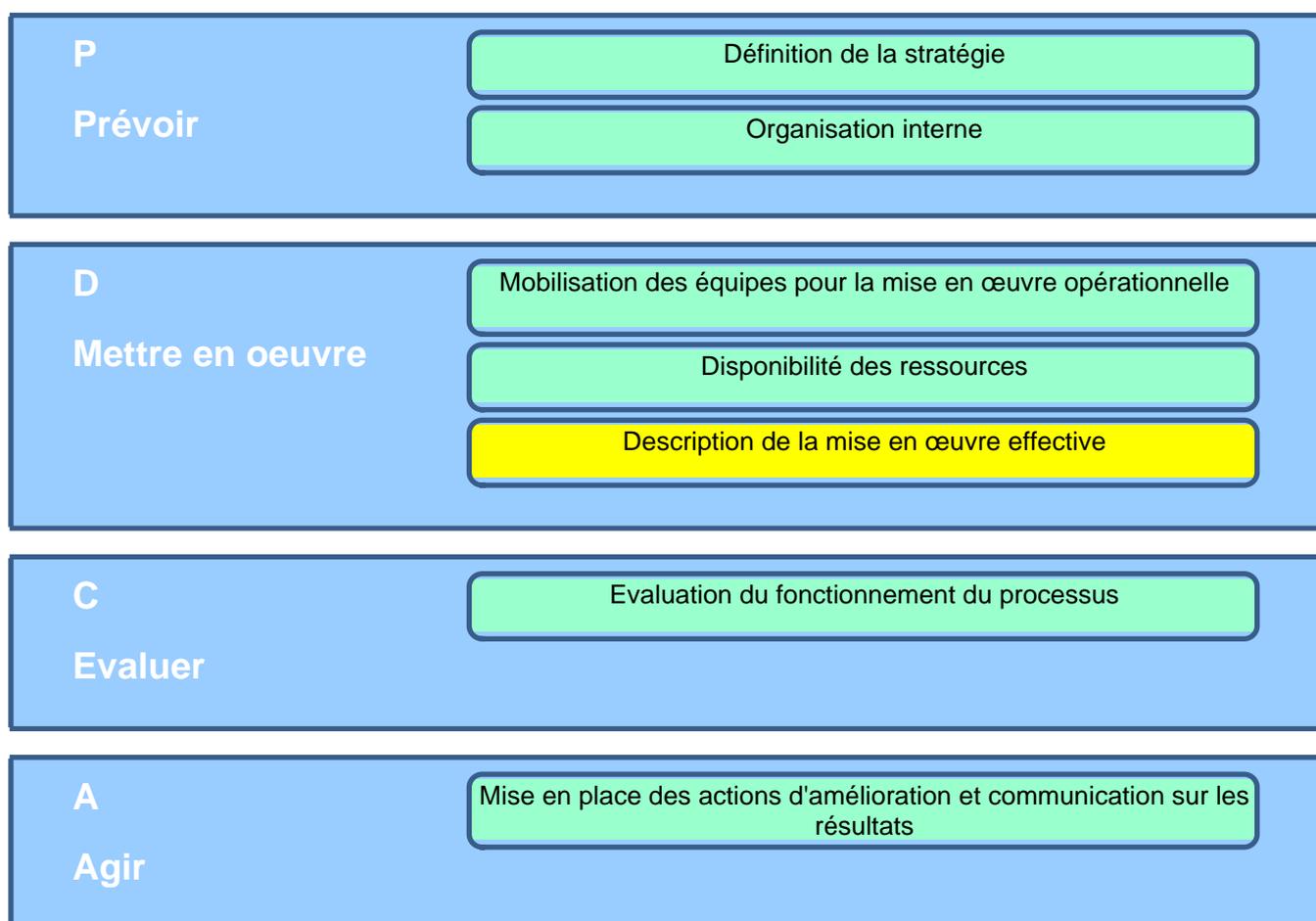
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La stratégie de management de la prise en charge médicamenteuse est précisée dans un document intitulé « politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient », validée en février 2020 par le Président de la CME et le directeur du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO). Elle se décline en grandes lignes directrices, assorties d'indicateurs. Elle inclut un axe spécifique à la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé et le bon usage des antibiotiques. Elle prend en compte l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

Cette politique a été établie en cohérence avec les résultats de la dernière visite de certification.

Elle s'appuie également sur une identification des risques liés à la prise en charge médicamenteuse que le GHPSO a poursuivi en veillant à y intégrer les risques spécifiques aux activités de l'Unité de Reconstitution de Chimiothérapies (janvier 2021).

Chaque année, les actions sur lesquelles sont portés des efforts en priorité, font l'objet d'un suivi ciblé par les pilotes « prise en charge médicamenteuse des patients » ; fin 2019, le choix des actions s'est appuyé sur les écarts relevés lors de la dernière visite de certification HAS, le bilan des événements indésirables en lien avec le circuit du médicament et les résultats des différentes évaluations menées en interne. Structuré en 4 domaines, il aborde la politique de sécurisation de l'unité de soins (mise en place et suivi des CREX ; formation ; MAQ et gestion documentaire ; mise à jour des dotations), la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (déploiement du DPI ; revue de prescription en gériatrie ; dispensation nominative en USLD ; bonnes pratiques), la sécurisation de la livraison et du stockage et la démarche d'évaluation.

L'ensemble de ces éléments est intégré au plan d'actions qualité gestion des risques du GHPSO.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'appuie sur un copil Médicament présidé par le RSMQ prise en charge médicamenteuse, qui occupe les fonctions de pharmacien hygiéniste.

Ce groupe de pilotage associe des représentants des fonctions supports (le directeur qualité, la direction des systèmes d'informations, achats et la direction formation continue) et des acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du processus (Président de CME, pharmacien chef de service, un gériatre, la directrice des soins). Il se réunit 2 fois par an pour définir les actions sur lesquelles porter les efforts en priorité et réaliser un bilan des actions menées et des indicateurs suivis.

Depuis la dernière visite de certification HAS, le pilotage opérationnel a été renforcé autour du RSMQ ; trois nouveaux cadres (neurovasculaire, dialyse, PUI) sont venus l'épauler, ainsi que le chef de service PUI et le pharmacien référent de l'activité de préparation des chimiothérapies. Ces pilotes disposent d'une fiche de missions.

L'établissement dispose d'une pharmacie à Usage Interne bi-site (Creil et Senlis), qui assure l'approvisionnement de l'ensemble des services et activités. L'URC (Unité de Reconstitution des Cytotoxiques) basée à Creil, produit environ 7 000 poches par an.

L'organisation du management qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisée dans un MAQ "circuit du médicament" depuis décembre 2020 ; un manuel assurance qualité PUI est en cours de finalisation.

Une gestion électronique des documents est en place. L'outil de gestion documentaire va évoluer dans les mois prochains, afin de faciliter la recherche et l'accessibilité des documents pour les utilisateurs.

Un travail est mené également sur l'actualisation des documents qui sont obsolètes ou sans date et méconnus par l'ensemble des professionnels. Ce point est identifié comme à risque dans la cartographie et un plan d'actions est défini. Quelques documents d'information à destination des patients sont établis, le GHPSO prévoit de les recenser et de les référencer.

Il existe une liste des médicaments à risque, validée en 2016, toujours d'actualité en 2021, assortie de recommandations sur le rangement de ces médicaments.

La gestion des gaz médicaux est organisée ; une action de sensibilisation aux erreurs liées aux gaz médicaux est prévue.

Les ressources humaines nécessaires sont définies. La formation des professionnels est organisée. Elle est assurée en interne par le pharmacien RSMQ, notamment pour les nouveaux médecins ou internes. En complément, fin 2020, il a été mis en place des modules flash de sensibilisation de 30', les « mardis du médicament » animés par des cadres, pilotes de la thématique PECM.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète fait partie prenante de la stratégie de

sécurisation de la prise charge médicamenteuse du GHPSO. Depuis la dernière visite de certification, le groupe hospitalier déploie le module prescription du nouveau logiciel dossier patient. Une cellule dossier patient informatisé (DPI), associant un pharmacien avec du temps alloué, accompagne ce déploiement modulaire sur l'ensemble des deux sites.

Le module de prescription du nouveau logiciel dossier patient a été déployé en Oncologie HC en juin 2020 dans les services de médecine de Creil et Senlis. Le déploiement en HDJ Oncologie est prévu courant avril/mai 2021.

Une base de données des médicaments est directement accessible via le DPI et via intranet pour les services non informatisés.

L'ensemble des services non informatisés dispose d'un support unique de prescription/administration et de supports spécifiques pour réaliser les prescriptions de stupéfiants, des médicaments dérivés du sang, de médicaments sous ATU, antibiotiques, molécules onéreuses et certains médicaments à surveillance particulière.

La pharmacie a déployé un logiciel de gestion des commandes des services de soins

L'HDJ et l'HC en oncologie dispose d'un logiciel pour la prescription et préparation des chimiothérapies disponible à la PUI. Le service de dialyse dispose d'un logiciel métier.

Depuis la dernière procédure de certification, le GHPSO s'est engagé dans un programme d'achat d'équipements en chariots, armoires à pharmacie, chariots de livraison, mallettes pour les stupéfiants, arceau d'arrimage des bouteilles de gaz médicaux, écrase-comprimés,... après avoir réalisé en fin d'année 2020 l'inventaire des besoins avec un cadre, pilote du processus PECM et le responsable achat-logistique.

La gestion des interfaces est organisée entre les différents secteurs comme notamment l'élimination des déchets de l'URC, la livraison des médicaments avec le service logistique, le bon usage des antibiotiques avec le référent infectiologue.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de la PECM en lien avec les cadres de santé. Ils interviennent en réunion de cadres et mènent des actions de sensibilisation sur les risques liés aux processus PECM. Le RSMQ assure la sensibilisation des équipes à la déclaration des erreurs médicamenteuses, aux CREX et aux axes prioritaires à l'aide d'un diaporama présenté sur tablette dans les services. En complément, fin 2020, il a été mis en place les « mardis du médicament », organisés deux fois par mois. L'objectif est d'évaluer les connaissances sur la procédure d'administration des médicaments sous la forme d'un quiz, rappeler la responsabilité de l'IDE et des bonnes pratiques. Un livret circuit du médicament est remis aux apprenants à l'issue de la formation.

Les services sont associés à des démarches et travaux collaboratifs (exemple : test de chariots à médicaments) et sont tenus informés, des actions institutionnelles définies et menées et des résultats d'évaluation par mail ou par affichage ou lors des réunions de services. Des informations institutionnelles sont également partagées à l'occasion des réunions des cadres et lors des échanges avec l'équipe de la PUI.

Des préparateurs en pharmacie, des IDE et des sages-femmes sont identifiés par service comme référent pharmacie ; une fiche de missions précise le rôle et activité de ces référentes. Chaque pôle dispose également d'un pharmacien référent.

Des visites des armoires à pharmacie des unités de soins sont menées par les préparateurs en pharmacie, sur la base d'une grille. En 2020, cette grille a été ajustée afin d'intégrer les thèmes relevés lors de la dernière visite de certification. Depuis septembre 2020, des visites de service sont conduites par la direction QGDR et par la direction des soins infirmiers et rééducation médico-techniques. Les résultats de ces visites sont partagés avec les cadres des services concernés pour action.

Des patients traceurs sont réalisés avec la participation des professionnels.

Des supports de communication (affichage, livret, bureautique) viennent en complément de ces rencontres et/ou échange au sein des services.

Des mails sont transmis aux cadres ou médecins par les pharmaciens en lien avec les actualités règlementaires et le bon usage médicament et DMS. La prise en charge médicamenteuse est abordée systématiquement lors de la semaine sécurité patient. Le chef de service et cadre de santé reçoivent 2 fois par an le suivi de leurs consommations des produits de santé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service pharmacie dispose des ressources nécessaires à son fonctionnement (8 pharmaciens, 1 assistant, 23 préparateurs, 6 logisticiens et 1 responsable logisticien, 4 adjoints administratifs, 2 cadres de santé). Un pharmacien est également correspondant en pharmacovigilance. Pour assurer la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de la PUI, une permanence pharmaceutique est assurée par une astreinte 24h/24 pour les 2 sites. Un temps de présence fixe pharmacien et préparateur est en place sur le site de l'Unité de soins pénitentiaire. Concernant les activités de l'URC, pendant les congés ou

absence du pharmacien référent, la production des poches de chimiothérapie est sous la responsabilité de pharmaciens remplaçants habilités pour cette activité.

Les locaux de la pharmacie sont sécurisés et dotés de plusieurs enceintes réfrigérées munies de dispositifs d'alerte avec report. L'étiquetage et le rangement des médicaments a été complètement revu: les médicaments sont rangés de façon aléatoire afin d'optimiser la sécurisation lors des cueillettes. Au sein de la pharmacie, une répartition des missions et des tâches a été définie pour l'équipe de pharmaciens et préparateurs en pharmacie.

Des procédures décrivant l'organisation des différentes étapes du processus de PECM et activités liées au transport et stockage sont intégrées dans le système de gestion documentaire de l'établissement.

Plus particulièrement, depuis la dernière visite de certification, l'établissement a revu les modalités de réception et de rangement des médicaments dans les services de soins, qui sont formalisées dans une procédure (mars 2019). La procédure relative au processus d'administration a été complétée par une procédure ciblant l'administration chez les petits nourrissons et l'administration en gynécologie (décembre 2020). Par ailleurs, le guide dossier patient a été revu et intègre depuis octobre 2020, les modalités d'enregistrement de l'administration sur le support papier prescription/administration. Un travail a été mené pour harmoniser les règles de suivi des péremptions dans les services qui sont formalisées et assorties d'un document de traçabilité (Livret température) depuis peu. La procédure de gestion des stupéfiants est en cours de rédaction.

Les différentes procédures ou protocoles en lien avec les activités de préparation des chimiothérapies sont recensés et en cours d'intégration dans la gestion documentaire électronique.

Des outils d'aide à la prescription et administration sont disponibles tels qu'une base de données Médicament et des documents validés (livret des antibiotiques, livret du Médicament, des documents de bon usage pour certains injectables comme le midazolam ou l'héparine avec les modalités de préparation...). Des recommandations sont paramétrées dans le logiciel. La liste des médicaments pouvant être écrasés est sur l'intranet de l'établissement. Pour les comprimés non unitaires, un logiciel est disponible à la PUI pour les identifier de façon conforme.

L'URC est équipée d'un isolateur avec 2 postes de travail. La maintenance préventive et curative est effective. Une télésurveillance est assurée. Dans le projet de restructuration de la PUI de Creil, il est prévu une reconfiguration de l'URC avec 2 isolateurs 2 postes et 1 isolateur 1 poste. L'aménagement est planifié pour décembre 2022.

Le plan d'équipement en différents matériels se déploie depuis fin 2020, selon les besoins identifiés dans l'ensemble des services des deux sites : enceintes réfrigérées et congélateur munis d'un système de contrôle de la température avec report d'alarme à la PUI de Senlis ; changement des chariots de soins et du réfrigérateur dans certains services, malles pour le transport des stupéfiants, caisses de transport sécurisées pour les médicaments... Les locaux et/ou équipements dans les services visités (armoire, coffres à stupéfiants, réfrigérateur) où sont stockés les médicaments sont généralement fermés par digicode ou à clé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement personnel lors de son admission. Une mention sur le médicament est intégrée au livret d'accueil, avec des informations relatives au traitement personnel et au bon usage des médicaments. Le traitement personnel est soit récupéré à l'entrée du patient par l'IDE soit remis à la famille. Les médicaments relevant de ce traitement personnel, sont stockés dans l'armoire à pharmacie du service.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée à chaque étape de la prise en charge, de l'admission jusqu'à la sortie. En gériatrie, un bilan médicamenteux est réalisé à l'admission. Les médecins veillent à recueillir des informations les plus exhaustives et complètes possibles sur les médicaments pris par le patient à domicile en mobilisant, selon le profil du patient, différentes sources de données.

De façon générale, les prescriptions établies pendant l'hospitalisation comportent l'ensemble des éléments obligatoires, qu'elles soient réalisées sur le DPI ou sur support papier.

Pour les antibiotiques, une prescription nominative est demandée pour tous les services. Si besoin, les médecins font appel à un PH infectiologue du CHU d'Amiens (chirurgie orthopédique)

Dans l'un des deux services d'USLD, qui n'a pas pu être investigué en raison de la situation épidémique, la prescription est réalisée sur un outil informatisé interne. Au cours de la visite, le GHPSO a intégré cet outil à la politique de sécurité de son système d'information, en attendant l'informatisation du service, planifiée en mars 2021.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients est engagée. La mise à disposition du nouveau DPI, depuis la dernière visite de certification, a permis d'améliorer le déploiement de l'analyse pharmaceutique. Toutes les prescriptions informatisées bénéficient d'une analyse pharmaceutique du traitement. Une analyse pharmaceutique est également réalisée dans les services non informatisés, en ciblant les médicaments à délivrance nominative (MDS, ATB, molécules onéreuses...) avec prise en compte des résultats de biologie. Des avis pharmaceutiques sont formulés dans le DPI et pris en compte par les médecins. En HDJ en gériatrie des revues de pertinence sont réalisées par les pharmaciens (87 en 2020)

Pour les services d'oncologie HC et HDJ de Creil, l'analyse pharmaceutique des prescriptions de chimiothérapie s'appuie sur les référentiels de bon usage. Le pharmacien référent assiste ou dispose du CR des RCP.

Au sein de l'URC, la double vérification est mise en œuvre par les préparateurs en pharmacie. Un pharmacien assure la validation de l'ordonnance et la libération des lots. Le programme de chimiothérapies est disponible pour la pharmacie et l'HDJ oncologie. La procédure du kit de casse, ainsi que le protocole de conduite à tenir en cas d'extravasation sont connus des professionnels et disponibles dans les services. En cas de création d'un nouveau protocole de chimiothérapie, le paramétrage est pharmaceutique avec validation par un oncologue. Des documents d'information à l'attention des patients existent et sont délivrés si nécessaire, tels que l'utilisation d'un diffuseur portable ou l'organisation de l'UPA.

Concernant la délivrance des médicaments, elle se décline en différents modes :

- La dispensation est nominative pour des médicaments identifiés (antibiotiques, MDS, ATU, stupéfiants, molécules onéreuses...) et pour les services de médecine de Creil (neurologie, hépatologie, pneumologie et médecine polyvalente)
- En gériatrie, SSR, USLD, cardiologie, USIC, réanimation néonatale, les médicaments sont préparés par la PUI pour chaque patient puis reglobalisés avant délivrance aux services ;
- Dans les autres services, la dispensation est globale à partir des deux PUI avec un acheminement sécurisé pour tous les services.

Des dotations sont établies pour tous les services et sont revues à minima annuellement. Une fois par semaine, un préparateur vérifie la tenue et les stocks des armoires à pharmacie des différents services.

Le stockage des médicaments dans les services, notamment le stockage des médicaments à risque, est sécurisé. Le KCI est systématiquement stocké de façon isolée; les médicaments du chariot des urgences vitales, stockés au réfrigérateur sont globalement bien identifiés.

L'étiquetage des médicaments à risques est connu des professionnels rencontrés.

Un contrôle des armoires (périmés, rangement) est effectué selon une fréquence et une organisation définie et propre à chaque service. Une traçabilité est globalement assurée. Le suivi des températures des réfrigérateurs est assuré et tracé : des nouveaux équipements ont été mis en place ainsi qu'un livret de suivi.

Le stockage des stupéfiants est sécurisé.

L'administration des médicaments est assurée par les IDE. La traçabilité de la prise est effectuée en temps réel sur le DPI, avec les motifs de non prise le cas échéant. Sur les supports papier, les modalités d'enregistrement ont été récemment revues afin d'être harmonisées et globalement la traçabilité est assurée et conforme aux recommandations institutionnelles.

Les médicaments préparés par les équipes dans des piluliers comportent une identification claire avec nom et dosage du médicament. Le cas échéant, ils sont laissés dans leur conditionnement jusqu'au moment de l'administration. Les bacs médicaments par patient ou les piluliers sont identifiés avec l'étiquette des patients.

Toutefois, les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments ne sont pas systématiquement respectées dans tous les services. Dans le service de chirurgie digestive/urologique et le service d'oncologie en HC sur le site de Creil, des médicaments injectables ont été observés sans surveillance sur le chariot de soins : flacons d'antibiotique et d'HBPM, et ampoules de différents médicaments injectables en vrac, pour plusieurs patients dans un même plateau.

En chirurgie digestive/urologique sur le site de Creil, les prescriptions "support papier" des patients transférés depuis les urgences comportent la signature du prescripteur sans son nom et les pratiques d'enregistrement de l'administration des médicaments sur le support papier prescription/administration sont hétérogènes (une croix, un triangle, l'heure). En USP pédiatrie sur le site de Senlis, il a été établi un tableau de correspondance entre les initiales du médecin et leurs signatures remis pendant la visite, sans mention de date sur ce document. Ces pratiques qui exposent à un risque d'erreur médicamenteuse n'ont pas donné lieu à ce jour à des événements indésirables. L'établissement est conscient de ces difficultés et a prévu de les résoudre avec l'outil informatique dont le déploiement est programmé dans les prochaines semaines. Les équipes ont été resensibilisées aux bonnes pratiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes avec le pharmacien chef de la PUI et le pharmacien référent de l'URC assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.

De nombreux indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont recensés et suivis depuis plusieurs années et permettent de mesurer des tendances : par exemple, le nombre de professionnels formés au risque d'erreurs médicamenteuses, le nombre d'interventions de l'équipe mobile de gériatrie avec impact sur la iatrogénie médicamenteuse, le nombre de revue de pertinence en HJ gériatrie, le nombre d'heures correspondant aux visites des services, le nombre de FEI et de CREX en lien avec la PECM, le nombre de

patients sensibilisés à l'information sur le médicament...

Le COPIL médicament s'appuie sur les bilans des visites menées par la direction qualité ou la direction des soins pour faire remonter aux cadres des services concernés, les dysfonctionnements observés. Les pilotes de la thématique PECM suivent également ces visites pour en tirer un enseignement plus transversal et nourrir leur plan d'actions. En complément, des évaluations de pratiques sont menées en lien avec les thèmes ciblés dans la dernière certification afin de mesurer l'impact des plans d'actions.

Concernant la gestion des évènements indésirables dont les erreurs médicamenteuses, les pilotes reçoivent l'ensemble des FEI liées aux circuits du médicament. Une analyse en CREX est programmée si nécessaire. Le programme et bilan des actions suivies par le COPIL Médicament sont présentés annuellement en CME et CSIRMT.

A / AGIR

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

Un bilan des réalisations concernant les actions prioritaires du plan d'actions annuel, ainsi que du programme d'actions PECM est réalisé en fin d'année. Ce bilan conduit à la réactualisation du programme d'actions PECM et des priorités annuelles, ainsi que du plan d'audits et d'EPP.

Parmi toutes les actions réalisées, une démarche sur la gestion des stupéfiants a été conduite en fin d'année 2020.

La sensibilisation des professionnels aux erreurs médicamenteuse repose sur un nouveau dispositif de sensibilisation mis en place en septembre 2020, les mardis du médicament.

Le travail sur l'optimisation du stockage se poursuit à travers le déploiement du plan d'investissement visant à remplacer toutes les armoires à médicament des services ciblés, couplé à une poursuite des évaluations (visite de service).

Une évaluation prospective de la pertinence de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons a été conduite en février 2020 en HC de médecine et chirurgie susceptibles d'accueillir des personnes âgées de plus de 75 ans. Un triptyque rappelant les recommandations a été rédigé en août 2020 et une sensibilisation à la réévaluation systématique d'un traitement à l'entrée en HC doit être poursuivie.

Diverses actions de communication sont réalisées via les réunions de cadres et d'équipes, les visites des services, les documents mis en ligne sur l'intranet.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments ne sont pas systématiquement respectées dans tous les services.</p> <p>Dans le service de chirurgie digestive/urologique et le service d'oncologie en HC sur le site de Creil, des médicaments injectables ont été observés sans surveillance sur le chariot de soins : flacons d'antibiotique et d'HBPM, et ampoules de différents médicaments injectables en vrac, pour plusieurs patients dans un même plateau.</p> <p>En chirurgie digestive/urologique sur le site de Creil, les prescriptions "support papier" des patients transférés depuis les urgences comportent la signature du prescripteur sans son nom et les pratiques d'enregistrement de l'administration des médicaments sur le support papier prescription/administration sont hétérogènes (une croix, un triangle, l'heure). En USP pédiatrie sur le site de Senlis, il a été établi un tableau de correspondance entre les initiales du médecin et leurs signatures remis pendant la visite, sans mention de date sur ce document. Ces pratiques qui exposent à un risque d'erreur médicamenteuse n'ont pas donné lieu à ce jour à des événements indésirables. L'établissement est conscient de ces difficultés et a prévu de les résoudre avec l'outil informatique dont le déploiement est programmé dans les prochaines semaines. Les équipes ont été resensibilisées aux bonnes pratiques.</p>	20a bis

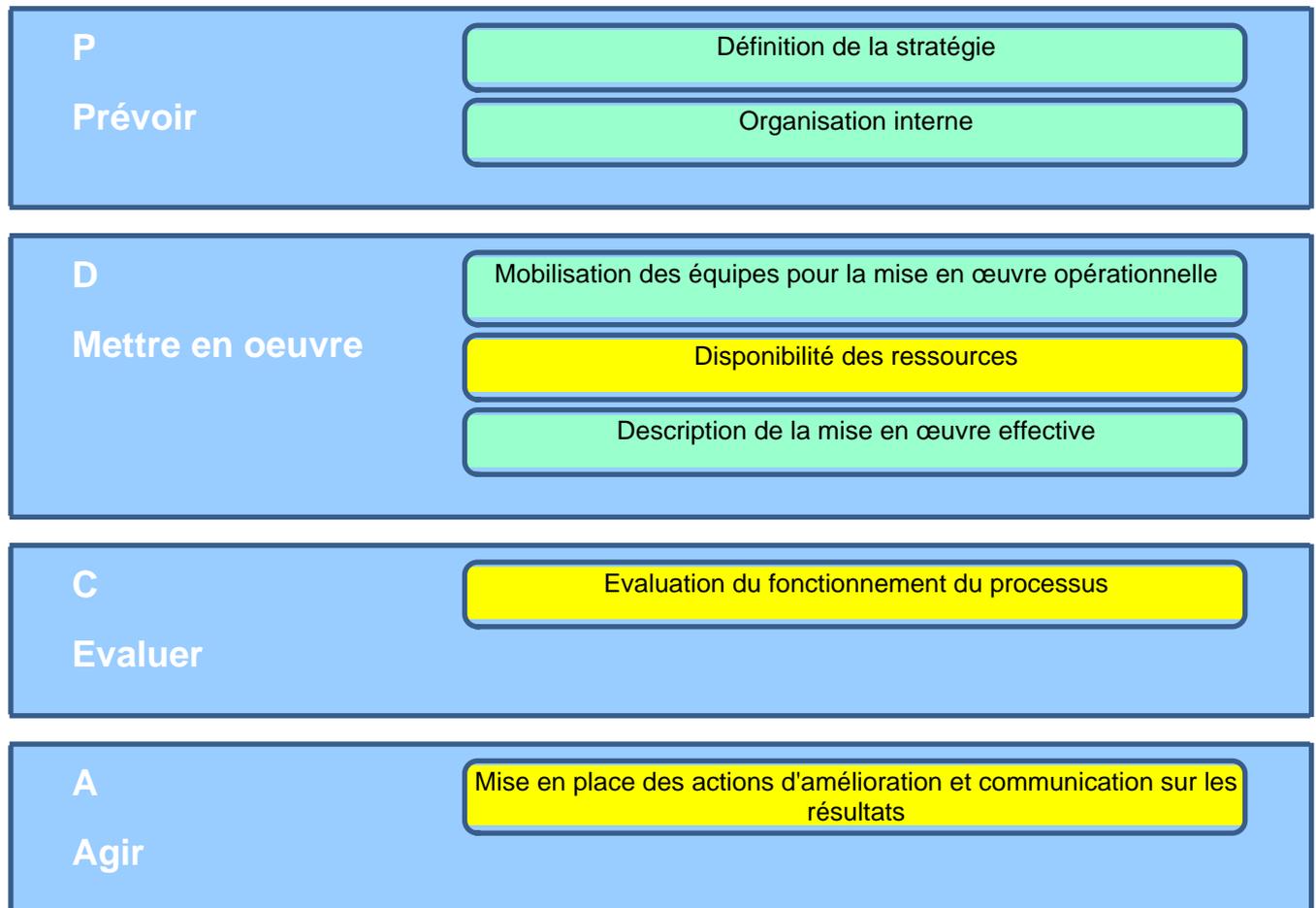
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2015-2019 du GHPSO précise les objectifs généraux de prise en charge des urgences, avec la volonté d'atteindre d'une taille critique dans chaque filière dans le but d'optimiser les ressources et l'efficacité des organisations. Il prévoit le maintien d'un accueil adulte de proximité sur les deux sites, la localisation des urgences lourdes médico-chirurgicales et des urgences pédiatriques à Creil, la localisation des urgences gynéco-obstétricales à Senlis. En 2019, GHPSO a traité 94 300 passages aux urgences : 57 100 adultes (2/3 à Creil, 1/3 à Senlis), 24 000 pédiatriques, 13 200 gynéco-obstétricales.

La cartographie des risques actualisée en 2020 porte sur les trois parcours, adulte, pédiatrique et gynécologique. Cette cartographie, ainsi que les résultats de la dernière certification, ont permis à l'établissement d'identifier les priorités qui sont reprises dans le Compte Qualité et le PAQSS.

Les plans d'action portent notamment sur le suivi des temps d'attente, l'informatisation du dossier, la formalisation des circuits, le traitement des dysfonctionnements, la gestion des effectifs, le projet architectural.

Le GHPSO bénéficie par ailleurs de l'accompagnement de la Structure Régionale d'Appui qui intervient sur le sujet des urgences depuis le dernier trimestre 2020.

ORGANISATION INTERNE

Après une longue période de vacance, la chefferie de service des urgences adultes a été pourvue à la mi-octobre 2020. Le nouveau médecin chef de service des Urgences adultes bi-site (également chef du pôle Médecine), vient de rejoindre les cadres des urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales, ainsi que les cadres de pôles, au sein du comité de pilotage institutionnel de la démarche qualité des urgences et soins non programmés.

Les modalités de prise en charge des patients sont détaillées dans le règlement intérieur et les chartes de fonctionnement de chaque secteur, adulte, pédiatrique et gynéco-obstétrical. Y sont précisés les règles d'organisation médicale et paramédicale, les équipements et locaux, ainsi que le parcours des patients. Les deux sites des urgences sont ouverts 24h/24 : Le site de Senlis accueille les urgences adultes et gynéco-obstétricales et le site de Creil les urgences adultes et pédiatriques.

Un SMUR est en place sur chaque site.

Les urgences chirurgicales lourdes, neuro-vasculaires et cardio-vasculaires sont accueillies sur le site de Creil où se situent le plateau technique adapté, ainsi que les lits de réanimation.

Les patientes se présentant aux urgences générales de Creil avec une problématique gynéco-obstétricale sont adressées en consultations non programmées sur ce même site.

La prise en charge des urgences psychiatriques est assurée sur les deux sites par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHI de Clermont de l'oise.

Le recours aux avis spécialisés est organisé.

Une Unité Médicale de Gestion du Parcours de Soins est en place pour fluidifier les temps d'attente après la prise en charge initiale aux urgences, par connaissance en temps réel des disponibilités d'aval.

Les relations avec le laboratoire d'analyses médicales et le service de radiologie sont définies.

L'aval en hospitalisation est assuré par les services de spécialités et les services de médecine polyvalente de Creil et de Senlis, ainsi que par l'UHCD positionnée sur chaque site et le Service de Surveillance Post-Urgence (SSPU) de Creil. Les besoins en compétences sont identifiés.

En raison de difficultés d'attractivité, de la pénurie de ressources en urgentistes médicaux, et de la longue vacance du poste de chef de service des urgences adultes, l'établissement est confronté à une problématique récurrente de gestion du temps médical.

Les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales fonctionnent sous la responsabilité des spécialistes.

Depuis la dernière visite de certification, le plan de formation des IDE à l'accueil et l'orientation a été renforcé. Un tutorat est en place pour les nouveaux arrivants.

Les ressources documentaires sont gérées via l'intranet. L'établissement a prévu de déployer en février 2021 le nouveau logiciel de gestion des documents et des événements indésirables, dont l'éditeur est retenu.

Les équipements et leur renouvellement sont prévus, les maintenances préventives et curatives sont organisées.

Le projet d'informatisation du dossier patient aux urgences est mis en œuvre sur le site de Senlis depuis novembre 2020 et programmé pour février 2021 sur le site de Creil.

Des travaux sont en cours à Creil pour aménager une salle dédiée à l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée), et une salle de transit post-évaluation médicale, qui devraient être disponibles en mars 2021. Un projet à échéance 2023 prévoit sur ce site une restructuration plus développée avec le regroupement des urgences adultes et pédiatriques.

A Senlis, une extension des locaux sur des surfaces disponibles en imagerie est programmée pour novembre 2021.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La vacance du poste de chef de service des urgences adultes a entraîné une carence en leadership pendant plusieurs mois. Le service des urgences a par ailleurs été fortement sollicité lors de la première phase de la crise sanitaire. Toutefois, depuis fin 2020, le nouveau chef de service a commencé à impulser une dynamique d'amélioration de la qualité. En lien avec les cadres des différents secteurs d'urgence, il informe les professionnels sur les objectifs prioritaires.

Un groupe de travail sur l'accueil et l'orientation est en place et un audit a été mené en décembre 2020 sur la traçabilité des informations recueillies sur la fiche IAO. Dans le cadre de ce projet, une charte de l'IAO est en cours de rédaction. Un audit sur le tri des patientes a été mené aux urgences gynéco-obstétricales en novembre 2020.

Des EPP sont en cours et certaines font l'objet d'un suivi régulier, en pédiatrie par exemple sur la priorisation du circuit ou les délais d'attente ; en obstétrique sur la prise en charge de l'embolie amniotique. Des patients traceurs ont été menés sur les parcours urgences/UHCD/oncologie, SAU Creil/Unité sanitaire, SAU Senlis/UHCD Senlis/Gériatrie aigue, SAU pédiatrique/pédiatrie, gynécologie-obstétrique...

Des visites sont menées par l'équipe de la direction qualité qui rencontrent les professionnels de terrain sur les thèmes de la sécurité, de l'hygiène, du circuit des médicaments, de la démarche qualité...

Les événements indésirables déclarés sont analysés avec les équipes. Des RMM et des CREX sont organisés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences IDE et AS sont adaptées aux besoins. Depuis la dernière visite de certification, une proportion importante des IDE a bénéficié d'une formation à l'accueil et l'orientation, qui est intégrée au parcours de tous les IDE. Pour les filières adultes et pédiatrique, environ 80% des IDE sont formées, et seules les IDE formées sont affectées au poste d'IAO. Pour la filière de gynécologie-obstétrique, les IDE ont été formées à l'utilisation d'une nouvelle grille de tri spécifique. Leur formation à l'accueil et l'orientation est planifiée pour 2021.

A Creil, aux urgences adultes et pédiatriques, un accueil IAO est en place 24h24.

A Senlis, il est disponible en journée.

Les équipes ont également bénéficié de formations transversales à la gestion du dossier patient informatisé, l'hygiène...

Les ressources en personnel médical sont adaptées aux besoins pour les filières pédiatrique et gynéco-obstétricale, avec une séniorisation de la prise en charge.

Cependant, pour la filière adultes, la disponibilité des compétences n'est pas toujours assurée.

L'effectif médical du service des urgences de Creil compte 4 praticiens attachés

associés dont 2 seulement sont urgentistes, ainsi qu'un PH à temps partiel urgentiste. Cette situation fragilise l'encadrement des internes et expose à des ruptures de séniorisation de la prise en charge des patients par des médecins urgentistes. Ce point avait été relevé lors de la précédente visite de certification, et est souligné par les professionnels rencontrés lors de la visite.

L'établissement est confronté depuis plusieurs années à une pénurie de ressources médicales. Pour répondre à ces difficultés, il a recours à l'intérim médical, et à un partenariat avec la structure de SOS médecins locale. A moyen terme, une procédure de recrutement visant à pourvoir les postes vacants est engagée, et deux nouveaux praticiens hospitaliers urgentistes devraient prendre leurs fonctions en mai 2021. Par ailleurs, l'établissement souhaite développer la polyvalence médicale, et mutualiser les compétences avec le site de Senlis qui compte 7 à 8 ETP de praticiens, majoritairement urgentistes.

Tous les sites d'urgence disposent de salles d'accueil destinées à l'enregistrement des patients, ainsi que de salles d'attente.

Le site adultes de Creil compte de 3 places de SAUV, 1 salle IAO, 8 salles de médecine, 4 salles de chirurgie, 1 salle de plâtre, 1 salle de suture, 12 lits du service de surveillance post-urgences, 3 lits d'UHTCD en cours de travaux. Celui de Senlis compte 2 places de SAUV, 1 salle IAO, 2 salles de chirurgie, 1 salle de plâtre, 1 salle de sutures, 6 lits d'UHCD.

Les urgences pédiatriques comprennent 2 places de SAUV, 1 salle IAO, 1 box double et 4 boxes simples, ainsi que 6 lits d'UHCD.

Les urgences gynéco-obstétricales sont situées à proximité immédiate du bloc obstétrical et disposent de 2 salles de consultation, d'une salle d'intervention, d'une salle de monitoring. Depuis la dernière visite de certification, la salle d'attente a été équipée d'une caméra permettant la surveillance des patientes. Une salle des urgences adultes de Creil est équipée pour assurer un accouchement inopiné.

Sur chaque site un service d'imagerie est situé dans la continuité du SAU.

Cependant, les conditions architecturales ne permettent pas de garantir systématiquement la sécurité, le respect de l'intimité et de la dignité aux urgences adultes sur les 2 sites.

Lors des vérifications de terrain, il a été observé dans les services de Creil et de Senlis, de nombreux patients sur des brancards dans les couloirs (15 à Creil et 10 à Senlis), certains avaient passé la nuit dans ces conditions. Ces malades âgés le plus souvent, étaient en attente d'une hospitalisation ou d'un avis spécialisé. Ces conditions d'accueil ne permettent pas d'assurer la surveillance des patients et rendent difficile le respect de l'intimité et de la dignité. Les équipes rencontrées précisent que cette situation est fréquente, et que plusieurs événements indésirables ont été signalés par les professionnels des urgences à ce sujet.

Les professionnels sont conscients de ces difficultés et adaptent leurs pratiques afin de préserver la dignité des personnes accueillies, et de minimiser les risques pour les patients.

L'établissement a engagé des travaux pour réaménager l'UHTCD et la salle de transit post-évaluation médicale. Un projet de restructuration architecturale complète du secteur est planifié pour 2023.

Sur le site de Senlis, le dossier est complètement informatisé aux urgences adultes et partiellement aux urgences gynécologiques.

Les urgences pédiatriques et adultes de Creil utilisent un dossier papier, les équipes sont en cours de formation avant le déploiement du dossier informatisé prévu en 2021.

Les documents sont accessibles sur l'intranet : par exemple les procédures accueil et d'orientation, guide de prise en charge des traumatismes, prise en charge d'un patient admis pour autolyse, grilles de triage, grilles d'évaluation de la douleur, fiche de recueil d'orientation et d'accueil, fiche d'évaluation des transferts, livret d'accueil des nouveaux arrivés aux urgences, objectifs pour un nouvel arrivant, accueil des enfants victimes de violence, conduite à tenir devant une acido-cétose diabétique, intoxication au paracétamol, désobstruction rhino-pharyngée, bilan de la pré-éclampsie, bilan d'hyperthermie chez la femme enceinte... des documents d'information sont par ailleurs à la disposition des patients et de leurs proches dans chaque secteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A leur arrivée dans les différents secteurs d'urgences, les patients sont reçus par l'agent administratif. Après leur enregistrement, ils sont équipés d'un bracelet d'identification.

Pour les filières adultes et pédiatrique, les patients sont pris en charge par l'IAO qui utilise l'échelle de triage institutionnelle qui définit pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale. Puis, ils sont orientés en fonction de la pathologie et du degré évalué de gravité.

Aux urgences adultes de Creil, trois parcours sont identifiés : traumatologique, et médico-chirurgical court ou long.

Sur le site de Senlis, les patients suivent un seul parcours médico-chirurgical.

Les patientes se présentant aux urgences adultes de Creil pour une problématique gynéco-obstétricale sont adressées en consultation non programmée sur ce même site. L'urgence vitale est prise en charge aux urgences adultes, par l'équipe des consultations non programmées en journée, et par le gynécologue d'astreinte et l'anesthésiste de garde sur place.

La prise en charge des AVC est assurée par un accueil direct en unité neuro-vasculaire. Les patients atteints d'un infarctus du myocarde, sont directement accueillis en unité de cardiologie interventionnelle.

La traçabilité des soins médicaux et infirmiers est retrouvée dans les dossiers patients informatisés à Senlis, et papier à Creil.

L'évaluation de la douleur est assurée et tracée.

Des transmission médico-soignantes sont assurées 3 à 4 fois par 24 heures.

Un recensement des lits disponibles est transmis par l'UMGPS trois fois par jour.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la prise en charge aux urgences repose sur le suivi du nombre de passages, les taux d'occupation des lits d'UHCD, les audits, les signalements d'événements indésirables, les CREX et RMM.

Cependant, depuis la dernière visite de certification, le suivi d'un tableau d'indicateurs comme outil de pilotage n'a été que partiellement développé.

Les temps d'attente et de passage ne sont accessibles que sur le site de Senlis qui est informatisé depuis peu. De ce fait, l'établissement ne dispose pas de données objectives sur les durées de passage aux urgences.

Ce point avait été soulevé lors des précédentes visites de certification.

Les pilotes sont conscients de ces difficultés et comptent s'appuyer sur le déploiement complet de l'informatisation du dossier des urgences pour suivre ces temps d'attente sur l'ensemble des filières, en les détaillant (temps entre l'accueil et la prise en charge par l'IAO, temps entre l'IAO et la prise en charge médicale, temps d'obtention du bilan complet), ainsi que le taux d'hospitalisation, le nombre de patients de plus de 75 ans et leur devenir, le nombre de patients partis sans attendre les soins.

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

Les résultats des évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration. Elles ont porté récemment sur le plan de formation des IDE à l'accueil et l'orientation, sur l'informatisation du dossier patient engagée sur le site de Senlis. Ces actions d'amélioration font l'objet d'une communication auprès des soignants par les cadres de santé, auprès des médecins lors des réunions de CME et auprès des usagers par la CDU. Cependant, les plans d'actions liés aux dysfonctionnements identifiés lors des précédentes visites de certification ne sont pas complètement déployés, notamment sur la séniorisation de la prise en charge des patients ou encore le suivi des temps d'attente.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les conditions architecturales ne permettent pas de garantir systématiquement la sécurité, le respect de l'intimité et de la dignité aux urgences adultes sur les 2 sites.</p> <p>Lors des vérifications de terrain, il a été observé dans les services de Creil et de Senlis, de nombreux patients sur des brancards dans les couloirs (15 à Creil et 10 à Senlis), certains avaient passé la nuit dans ces conditions. Ces malades âgés le plus souvent, étaient en attente d'une hospitalisation ou d'un avis spécialisé. Ces conditions d'accueil ne permettent pas d'assurer la surveillance des patients et rendent difficile le respect de l'intimité et de la dignité. Les équipes rencontrées précisent que cette situation est fréquente, et que plusieurs événements indésirables ont été signalés par les professionnels des urgences à ce sujet.</p> <p>Les professionnels sont conscients de ces difficultés et adaptent leurs pratiques afin de préserver la dignité des personnes accueillies, et de minimiser les risques pour les patients.</p> <p>L'établissement a engagé des travaux pour réaménager l'UHTCD et la salle de transit post-évaluation médicale. Un projet de restructuration architecturale complète du secteur est planifié pour 2023.</p>	25a
	NC	<p>La disponibilité des compétences n'est pas toujours assurée. L'effectif médical du service des urgences de Creil compte 4 praticiens attachés associés dont 2 seulement sont urgentistes, ainsi qu'un PH à temps partiel urgentiste. Cette situation fragilise l'encadrement des internes et expose à des ruptures de séniorisation de la prise en charge des patients par des médecins urgentistes. Ce point avait été relevé lors de la précédente visite de certification, et est souligné par les professionnels rencontrés lors de la visite.</p> <p>L'établissement est confronté depuis plusieurs années à une pénurie de ressources médicales. Pour répondre à ces difficultés, il a recours à l'intérim médical, et à un partenariat avec la structure de SOS médecins locale. A moyen terme, une procédure de recrutement visant à pourvoir les postes vacants est engagée, et deux nouveaux praticiens hospitaliers urgentistes devraient prendre leurs fonctions en mai 2021. Par ailleurs, l'établissement souhaite développer la polyvalence médicale, et mutualiser les compétences avec le site de Senlis qui compte 7 à 8 ETP de praticiens, majoritairement urgentistes.</p>	25a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	<p>Le suivi d'un tableau d'indicateurs comme outil de pilotage n'est que partiellement développé.</p> <p>Les temps d'attente et de passage ne sont disponibles à ce jour que sur le site de Senlis qui est informatisé depuis peu de temps. Ce point avait été soulevé lors des précédentes certifications.</p> <p>Les pilotes sont conscients de ces difficultés, et comptent s'appuyer sur le déploiement complet de l'informatisation du dossier des urgences pour suivre ces temps d'attente sur l'ensemble des filières, en les détaillant (temps entre l'accueil et la prise en charge par l'IAO, temps entre l'IAO et la prise en charge médicale, temps d'obtention du bilan complet), ainsi que le taux d'hospitalisation, le nombre de patients de plus de 75 ans et leur devenir, le nombre de patients partis sans attendre les soins.</p>	25a
A / Mise en place des actions	NC	<p>Les plans d'actions d'amélioration ne sont pas complètement déployés.</p> <p>Les dysfonctionnements identifiés lors des précédentes visites</p>	25a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
d'amélioration et communication sur les résultats		de certification n'ont pas donné lieu à des actions d'amélioration effectives, notamment la séniorisation de la prise en charge ou le suivi des temps d'attente.	

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments ne sont pas systématiquement respectées dans tous les services.</p> <p>Dans le service de chirurgie digestive/urologique et le service d'oncologie en HC sur le site de Creil, des médicaments injectables ont été observés sans surveillance sur le chariot de soins : flacons d'antibiotique et d'HBPM, et ampoules de différents médicaments injectables en vrac, pour plusieurs patients dans un même plateau.</p> <p>En chirurgie digestive/urologique sur le site de Creil, les prescriptions "support papier" des patients transférés depuis les urgences comportent la signature du prescripteur sans son nom et les pratiques d'enregistrement de l'administration des médicaments sur le support papier prescription/administration sont hétérogènes (une croix, un triangle, l'heure). En USP pédiatrie sur le site de Senlis, il a été établi un tableau de correspondance entre les initiales du médecin et leurs signatures remis pendant la visite, sans mention de date sur ce document. Ces pratiques qui exposent à un risque d'erreur médicamenteuse n'ont pas donné lieu à ce jour à des événements indésirables. L'établissement est conscient de ces difficultés et a prévu de les résoudre avec l'outil informatique dont le déploiement est programmé dans les prochaines semaines. Les équipes ont été resensibilisées aux bonnes pratiques.</p>	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les conditions architecturales ne permettent pas de garantir systématiquement la sécurité, le respect de l'intimité et de la dignité aux urgences adultes sur les 2 sites.</p> <p>Lors des vérifications de terrain, il a été observé dans les services de Creil et de Senlis, de nombreux patients sur des brancards dans les couloirs (15 à Creil et 10 à Senlis), certains avaient passé la nuit dans ces conditions. Ces malades âgés le plus souvent, étaient en attente d'une hospitalisation ou d'un avis spécialisé. Ces conditions d'accueil ne permettent pas d'assurer la surveillance des patients et rendent difficile le respect de l'intimité et de la dignité. Les équipes rencontrées précisent que cette situation est fréquente, et que plusieurs événements indésirables ont été signalés par les professionnels des urgences à ce sujet.</p> <p>Les professionnels sont conscients de ces difficultés et adaptent leurs pratiques afin de préserver la dignité des personnes accueillies, et de minimiser les risques pour les patients.</p> <p>L'établissement a engagé des travaux pour réaménager l'UHTCD et la salle de</p>	25a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			transit post-évaluation médicale. Un projet de restructuration architecturale complète du secteur est planifié pour 2023.	
		NC	La disponibilité des compétences n'est pas toujours assurée. L'effectif médical du service des urgences de Creil compte 4 praticiens attachés associés dont 2 seulement sont urgentistes, ainsi qu'un PH à temps partiel urgentiste. Cette situation fragilise l'encadrement des internes et expose à des ruptures de séniorisation de la prise en charge des patients par des médecins urgentistes. Ce point avait été relevé lors de la précédente visite de certification, et est souligné par les professionnels rencontrés lors de la visite. L'établissement est confronté depuis plusieurs années à une pénurie de ressources médicales. Pour répondre à ces difficultés, il a recours à l'intérim médical, et à un partenariat avec la structure de SOS médecins locale. A moyen terme, une procédure de recrutement visant à pourvoir les postes vacants est engagée, et deux nouveaux praticiens hospitaliers urgentistes devraient prendre leurs fonctions en mai 2021. Par ailleurs, l'établissement souhaite développer la polyvalence médicale, et mutualiser les compétences avec le site de Senlis qui compte 7 à 8 ETP de praticiens, majoritairement urgentistes.	25a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le suivi d'un tableau d'indicateurs comme outil de pilotage n'est que partiellement développé. Les temps d'attente et de passage ne sont disponibles à ce jour que sur le site de Senlis qui est informatisé depuis peu de temps. Ce point avait été soulevé lors des précédentes certifications. Les pilotes sont conscients de ces difficultés, et comptent s'appuyer sur le déploiement complet de l'informatisation du dossier des urgences pour suivre ces temps d'attente sur l'ensemble des filières, en les détaillant (temps entre l'accueil et la prise en charge par l'IAO, temps entre l'IAO et la prise en charge médicale, temps d'obtention du bilan complet), ainsi que le taux d'hospitalisation, le nombre de patients de plus de 75 ans et leur devenir, le nombre de patients partis sans attendre les soins.	25a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	NC	Les plans d'actions d'amélioration ne sont pas complètement déployés. Les dysfonctionnements identifiés lors des précédentes visites de certification n'ont pas donné lieu à des actions d'amélioration effectives, notamment la séniorisation de la prise en charge ou le suivi des temps d'attente.	25a