

Visite des Experts-Visiteurs de la Haute Autorité de Santé

Mercredi 2 novembre 2016

Une première étape a été franchie avec la venue en juillet des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS), organisme habilité à certifier les hôpitaux. Cette démarche – obligatoire depuis 15 ans – n'avait jamais été initiée. Le rapport de cette visite a été adressé à l'établissement fin septembre, qui y a répondu fin octobre.

Les experts ont évalué notre conformité aux critères du manuel de certification en utilisant deux méthodes, celle du **patient traceur** et celle de **l'audit de processus** :

- Le « patient traceur » consiste à analyser avec l'équipe le dossier d'un patient et à l'interviewer sur sa prise en charge.
- L'audit de processus consiste à identifier pour chaque parcours toutes les étapes de la prise en charge du patient, de l'entrée jusqu'à sa sortie, et à les analyser au regard des exigences (qui sont dans le manuel d'évaluation ou dans des recommandations de bonnes pratiques etc.)

Les experts visiteurs ont rencontré la direction, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, la coordinatrice générale des soins, les pilotes des 6 thématiques étudiées (management de la qualité et de la gestion des risques, parcours patient, urgences et soins non programmés, bloc opératoire, endoscopie, prise en charge médicamenteuse) et ceux et celles qui ont travaillé sur ces thématiques. Puis, ils ont interrogé les professionnels sur leur lieu de travail.

1- Management de la qualité et des risques

Les experts ont souligné le fort investissement de l'établissement dans la démarche qualité et gestion des risques, qui a mis en place les moyens nécessaires. La structuration du système qualité est opérationnelle. Les référents qualité ont une bonne connaissance du fonctionnement du système qualité. L'évaluation des risques, le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et la gestion documentaire sont en place. Cependant, il reste un effort à faire sur la hiérarchisation des risques, ce qui entraîne de revoir les priorisations du programme.

La démarche doit beaucoup sur l'établissement à l'un de nos pharmaciens qui, outre son engagement dans des formations, a vu son temps aménagé pour remplir les fonctions de Coordinatrice de la Gestion des Risques Associés aux Activités de Soins.

L'arrêt de la cohabitation de la gestion électronique des documents (GED) et les documents papiers ne peut être que le résultat d'un véritable choix stratégique. Sans doute faudra-t-il choisir entre GED et papier et ne pas conserver les deux supports, d'autant plus que notre établissement est très bien informatisé. C'est ainsi qu'il peut produire des comptes rendus en moins de 24 heures ou qu'il pratique l'échange sécurisé des données utiles à la télé expertise depuis plusieurs années déjà, et qu'il va déployer une télésurveillance à domicile.

Les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) sont à recentrer sur des problématiques spécifiques et le programme des EPP doit être allégé. L'établissement doit mettre en place des indicateurs qualité nécessaires à l'évaluation des progrès réalisés. La direction doit impliquer davantage les **usagers** dans la vie

de l'établissement. Aussi a-t-elle approché à cet effet la représentante des usagers à la Commission des Usagers, ainsi que la Présidente de l'association des diabétiques.

2- Parcours patient

Cette thématique est complexe. Néanmoins, les parcours des patients sont en lien avec les orientations stratégiques, les compétences et les effectifs mobilisés sont suffisants. Le recours aux spécialistes est organisé. L'établissement maîtrise bien les EVASAN. Il faut également souligner qu'il s'est engagé dans une démarche volontaire de recueil des indicateurs nationaux IPAQSS.

Cette volonté de se soumettre à une telle démarche vise d'une part à rassurer nos usagers mais également à faire peser une ardente obligation sur l'établissement.

L'analyse des risques est effectuée. Toutefois, la méthodologie reste à parfaire et doit s'appuyer sur la formalisation des processus. Celle-ci s'était accélérée juste avant la visite et se poursuit.

La démarche d'amélioration du parcours de soins nécessite la mobilisation de tous les acteurs. Tous les éléments indispensables à la prise en charge doivent être présents dans le dossier patient et permettre ainsi la continuité et la sécurité des soins. Cette remarque, qui revient à de multiples reprises et nous vaut de nombreuses non-conformités, fait peser à présent la réussite de la démarche sur l'échelon de terrain – les professionnels directement au contact – et leur management de proximité. Nous en tirons les enseignements en renforçant le secrétariat médical et l'équipe de cadres de santé, notamment pour le Bloc ainsi que les Consultations, mais également dans le service de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).

Le patient est au cœur de sa prise en charge : il doit être informé, éduqué. Il convient également de communiquer sur les résultats des évaluations et sur les actions d'amélioration.

3- Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

La stratégie est définie ainsi que la charte du bloc et les risques. Les actions d'amélioration ne sont pas toujours intégrées au PAQSS. Dans un contexte de forte mobilité du personnel, l'établissement doit formaliser **un dispositif d'accueil des nouveaux arrivants** de façon à harmoniser les pratiques qui ne doivent pas différer selon les opérateurs.

Cette question du turn-over est une force, la preuve que nos postes sont pourvus et les moyens présents, mais renforce également la nécessité de disposer de procédures.

4- Management de la prise en charge du patient en endoscopie

En endoscopie, la cartographie des risques est réalisée, la check liste est utilisée, les procédures concernant le risque infectieux sont rédigées. Il reste à élaborer le socle documentaire sur le management de la qualité en endoscopie et faire en sorte que les bonnes pratiques reposent sur des documents validés. Il est nécessaire de formaliser l'organisation et la responsabilité des professionnels. Le parcours du patient doit également être décrit. En ce qui concerne le matériel, la traçabilité doit être améliorée.

5- Prise en charge des urgences et des Soins Non Programmés

La prise en charge des adultes 24h sur 24 au SNP est en place, ainsi que l'évaluation des risques. Des démarches d'amélioration sont en cours, mais elles ne sont pas inscrites dans le PAQSS. La permanence des

soins en pédiatrie n'est selon la HAS pas garantie. S'il est important de mettre en place un dispositif pérenne pour assurer cette prise en charge, l'établissement ne considère pas être inactif, recourant aux EVASAN quand il estime atteindre ses limites.

Cette remarque sur l'absence d'un pédiatre, qui revient par deux fois sous forme de non-conformité majeure, nécessite des moyens budgétaires. Le CH-FD, avec les autorités de tutelles, y répondra de la façon la plus appropriée.

6- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

C'est un de nos points forts. Les quelques réserves concernent là encore le niveau opérationnel : traçabilité dans le dossier patient, qui doit être informatisé partout, y compris au bloc opératoire.

Cette thématique est en conformité avec les exigences de la HAS. Un manuel de la qualité est en vigueur. Les missions, les objectifs et les responsabilités sont définis et inscrits dans la politique globale de l'établissement. Le PAQSS est opérationnel.

La permanence pharmaceutique est assurée. Le circuit est informatisé. L'analyse et la validation sont en place, ainsi que la DJIN¹ en MCO. Cependant, des améliorations peuvent être apportées comme la sécurisation des prescriptions et les bonnes pratiques en matière de traçabilité de l'administration. Il faut également mettre en place une information sur le bon usage du médicament.

Enfin, une réflexion sur la gestion finale des déchets pharmaceutique est à organiser. Cette question dépasse le CH-FD car il n'y a pas de filière possible à l'export et le coût de mise en place ici serait énorme. Toutefois, avec le tri sélectif des déchets sur l'archipel, le CH-FD pourrait bénéficier des filières spécialisées mises progressivement en place. Plus largement, le CH-FD s'inscrira dans une démarche de développement durable avec le tri sélectif du verre et du papier-carton dans un premier temps, en parallèle d'une action visant à réduire les déchets alimentaires.

Le meilleur moyen de traiter ses déchets est de ne pas en produire.

A l'issue de cette visite et après avoir reçu nos observations, les experts vont rédiger une feuille de route pour l'hôpital, qui sera transmise à l'automne. Elle précisera nos objectifs et les pistes d'amélioration qu'il nous appartiendra de suivre dans la perspective de la visite finale qui aura lieu en 2017, à une date qui pourrait être novembre ou décembre. Au terme de la démarche, les résultats de la certification seront publiés sur le site scopesante.fr, accessible par tous.

La direction remercie toutes les personnes qui se sont impliquées dans la démarche, parmi lesquelles les pilotes de thématique. Leur investissement concourt indéniablement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient.

En 6 mois, nous avons parcouru beaucoup de chemin. Nous avons encore un an probablement pour nous mettre en conformité avec les exigences de la HAS.

La qualité est une culture et doit être intégrée dans notre quotidien : veiller à la formalisation des procédures et mettre en place une traçabilité de leur application est le seul moyen d'être certain de la qualité de nos actions.

¹ : Dispensation Journalière Individuelle Nominative, qu'on peut résumer par l'utilisation de piluliers nominatifs quotidiens préparés à la pharmacie centrale.