

AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES 2021

Cette démarche repose sur une politique institutionnelle forte, définie par la Direction, la Commission Médicale d'Établissement, la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Technique, la Direction Qualité et gestion des risques et la Commission Des Usagers.

La politique qualité et gestion des risques est déclinée dans chaque secteur d'activité, sanitaire et médico-social, du Centre Hospitalier d'Albert.

Elle est portée par les « référents qualité » médicaux et paramédicaux, en collaboration avec la coordonnatrice de la gestion des risques et l'équipe du département qualité.

Centrée sur l'expérience et la satisfaction des usagers, cette démarche vise à garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à favoriser le travail en équipe dans une organisation claire et efficace.

Le centre hospitalier met à la disposition des usagers par voie d'affichage et sur son site internet, les indicateurs suivants :

1/ INDICATEURS POUR L'AMELIORATION DE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Ces indicateurs nationaux mesurent la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques français, avec pour objectif l'amélioration du service rendu au patient.

IQSS mesurés à partir du dossier patient :

Le recueil de 2019 s'est effectué sur des dossiers de 2018 pour les services de médecine, SSR et HAD.

Un contrôle des dossiers IPAQSS a eu lieu le 29/10/2020 par l'ARS, a permis de valider les indicateurs pour le MCO et le SSR.

Les axes d'amélioration définis à cette période :

- La traçabilité de la remise du courrier de sortie au patient
- La mise en lien entre les évaluations de la douleur, la stratégie thérapeutique et la notion dans le courrier de sortie
- La précision de la voie d'administration du traitement de sortie (*per os, voie transdermique, S/C...*) et les éventuelles modifications du traitement initial
- Une meilleure structuration mieux structurer le projet de vie (*projet de soins + projet thérapeutique, ...*) pour le SSR
- Echanges et validation du projet avec le patient et/ou sa famille.

INDICATEURS TRANSVERSAUX DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS	2019 (données 2018)		Evolution depuis la dernière évaluation
	intervalle de confiance	rslt du CHA	
MEDECINE			
score qualite de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation en MCO	47 - 64	55	NC
evaluation et prise en charge de la douleur	84 - 98 %	93%	↗
dépistage des troubles nutritionnels	64 - 84 %	75%	↗
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION			
lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation en SSR	72 - 91 %	83%	NC
projet de soins et de vie	82 - 88 %	85%	NC
dépistage des troubles nutritionnels	74 - 91 %	84%	↗
HAD			
tenue du dossier patient	88 - 96 %	92%	NC
coordination en HAD	87 - 95 %	91%	NC
suivi du poids	76 - 99 %	93%	↗
traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	100%	100%	↗
evaluation de la prise en charge de la douleur (expérimental)	86,5 - 99,9 %	97,40%	NC

2/ INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIÉE AUX SOINS

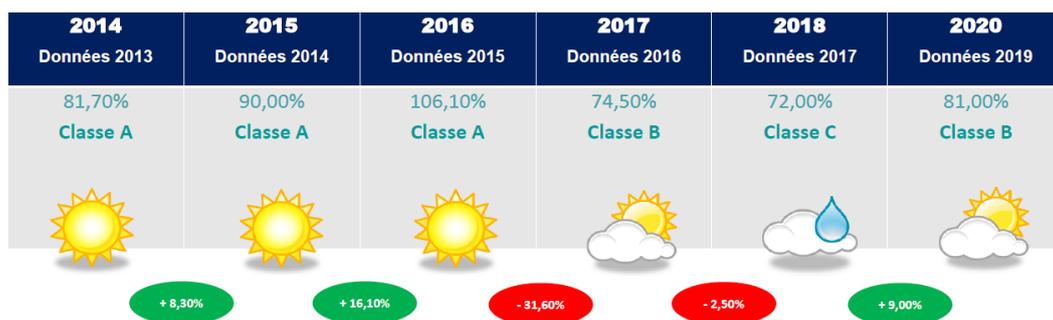
ICSHA.3 (2020 sur les données 2019) Indice de Consommation des Solutions Hydroalcooliques

L'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA) évalue de manière indirecte la pratique de l'hygiène des mains des soignants dans les établissements de santé. ICSHA est le pourcentage de volume de produits hydroalcoolique réel délivré par rapport au volume minimal théorique à délivrer.



ICSHA (Indice de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques)

Depuis 2005, cet indicateur mesure la consommation d'un des produits phare utilisé pour l'hygiène des mains, mesure clé pour réduire la transmission des germes en particulier ceux résistants aux antibiotiques



ICALIN.2 (2017 Données 2016) Prévention des Infection Nosocomiales

Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Établissement	A		85.50/100	-	

Légende +    -  non concerné (NC), données indisponibles (DI)

Le niveau de qualité atteint reflète l'implication des équipes soignantes dans la lutte contre les infections nosocomiales ainsi que la qualité du travail fourni par l'infirmière hygiéniste et les référents « hygiène » des différents services.

ICATB.2 (Données 2017) Indice de Consommation du bon usage des Antibiotiques

Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à améliorer l'utilisation des antibiotiques.

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Établissement	D		55.00/100	-	

Légende +    -  non concerné (NC), données indisponibles (DI)

3/Satisfaction des usagers e-satis

Recueillir le point de vue des patients est aujourd'hui incontournable pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.

Depuis janvier 2015, la HAS pilote le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients nommé E-Satis.

Cette évaluation réalisée par le patient, permet de porter un regard complémentaire aux autres indicateurs de qualité, recueillis et évalués par les professionnels.

La satisfaction et l'expérience des patients sont mesurées par des questionnaires, administrés en continu et/ou en ligne, sur une plateforme nationale développée par l'ATIH.

Les questionnaires existants sont adaptés au motif de prise en charge du patient (*hospitalisations de plus de 48H en Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; chirurgie ambulatoire ; soins de suite et réadaptation, etc.*).

Chaque questionnaire est complété, détaillé et suit les étapes du parcours du patient : de son accueil à sa sortie de l'établissement de santé.

Dans un délai de 2 à 10 semaines après sa sortie, le patient reçoit un mail, envoyé automatiquement par la plateforme E-Satis de ATIH, contenant un lien unique individuel et sécurisé, lui permettant de se connecter au questionnaire adapté, directement en ligne.

Le Centre Hospitalier d'Albert doit donc tout au long de l'année :

- Recueillir les emails des patients concernés
- Extraire les adresses emails des patients éligibles dans un fichier au format prédéfini par l'ATIH (Médecin DIM)
- Déposer, à un rythme régulier (au minimum 1 fois par mois) en continu, les fichiers sur la plateforme E-Satis.

À partir des réponses des patients, la HAS calcule un indicateur pour chaque établissement de santé :

- Le score de satisfaction globale et d'expérience est exprimé sur 100
- Cet indicateur, à part entière, intervient dans les modalités d'attribution d'incitation à la qualité des soins
- Les données de 2021 sont insuffisantes pour permettre le calcul de cet indicateur

L'objectif de 2022 est donc de recueillir un maximum d'adresses email dans les secteurs de Médecine, SSR et HAD pour permettre la production de cet indicateur.

4/Démarches d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins

Certification MCO SSR et HAD

La certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation externe indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, qui vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Obligatoire, elle intervient tous les quatre ans.

Elle est mise en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) en s'appuyant sur un référentiel ou manuel de certification.

- **La première procédure d'accréditation date de juin 1999.**
Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.
- **La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005.**
Elle mesurait simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint.
Un de ses axes prioritaires portait sur l'évaluation des pratiques professionnelles renforçant ainsi la médicalisation de la démarche.

- **En janvier 2010, la 3ème itération (V2010) a été mise en place avec des exigences accrues en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques.**
Cette 3ème version vise à renforcer l'effet levier de la procédure sur la qualité et la sécurité des soins tout en simplifiant le dispositif.
- **La V2014 : 4e version de la procédure de certification.**
Ce dispositif a été pensé et développé pour permettre une certification plus continue et efficiente.
Cette version représente une importante évolution du dispositif de certification.

V2014 : Les Résultats du CH Albert

- ✓ **Management de la Qualité et des Risques Écarts relevés Qualification :**

Points sensibles : La gestion des équipements biomédicaux n'est pas totalement organisée. Les autres équipements à type DM, sans couverture prestataire, ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique et d'une gestion centralisée type GMAO, ce qui ne permet pas d'assurer une maintenance préventive.



- ✓ **Gestion du risque infectieux**

Points sensibles :

- Le bon usage des antibiotiques n'est pas totalement organisé. L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques dont la formation et la traçabilité dans le DPI de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure ne correspond pas aux attendus du score agrégé ICATB.

- Le risque infectieux n'est pas totalement maîtrisé. L'architecture et la configuration des locaux ne permettent pas de respecter certains concepts d'hygiène (marche en avant en salle de soins) ou les mesures de protection de l'environnement (un lave bassin pour deux étages). Il est prévu de revoir et prendre en compte l'organisation des circuits lors de la reconstruction de l'établissement (projet validé par l'ARS).

- ✓ **Droits des patients**

Points sensibles :

- Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas totalement respecté. Les agents de la société de bionettoyage externe peuvent avoir accès à l'identité des patients hospitalisés et à leur dossier (salle de soins notamment). On constate donc une rupture au niveau de la confidentialité des données de santé du patient.

- ✓ **Parcours du patient**

Points sensibles :

- Le chariot de prise en charge des urgences vitales est partagé sur deux étages dont l'accès se fait par un ascenseur. L'ES a équipé, pendant la visite, le SSR1 d'un sac pour la prise en charge des urgences vitales. Le chariot contenant les médicaments est stocké en SSR1.

Fin 2021 une uniformisation des chariots d'Urgence a donc été en partie déployée.

- Le système d'astreinte tel que défini à ce jour en HAD, avec le recours à l'IDE de SSR2 en cas de besoin, ne garantit pas la prise en charge des urgences vitales dans des délais optimum au sein de l'ES. L'IDE de SSR2 peut être amené à intervenir à 30KMS d'Albert pour des prises en charge plus ou moins longues. C'est l'IDE de médecine qui couvre les lits de médecine et SSR pendant ce temps sur deux structures distantes (établissement pavillonnaire). Une nouvelle organisation a été validé, avec le mise en place d'astreinte pour les ide de l'HAD.

✓ **Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**

Points sensibles :

- La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas systématique. L'ICATB, reflet de l'implication de l'ES dans la bonne utilisation des ATB, affiche une valeur de 33% pour l'année 2015.

Vers la V2020 en janvier 2024

▪ **Les fondements de la certification V2020 (5^{ème} itération) des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), sont axés sur trois orientations majeures émises par la Haute Autorité de santé, à savoir :**

- 1) **Médicaliser** pour passer d'une culture de moyen à une culture de résultat, pour mieux prendre en compte la pertinence des soins et renforcer le travail en équipe ;
- 2) **Simplifier** car cette certification doit être accessible à tous. Il faut faciliter la compréhension de la démarche et des méthodes d'évaluation ;
- 3) **S'adapter** pour valoriser le travail en équipe et les résultats en termes de parcours, mais aussi prendre en compte les regroupements d'établissements.

Cette certification a pour enjeux de :

- Promouvoir l'engagement du patient ;
- Développer la culture de la pertinence et du résultat ;
- Renforcer le travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques ;
- S'adapter aux évolutions de santé : les regroupements, les transformations du système de santé, les nouvelles technologies, les évolutions de la population... en cohérence avec « Ma Santé 2022 ».

De nécessaires changements structurels

- Un nouveau référentiel adapté au profil de l'établissement ;
- Une multiplication de la méthode du patient-traceur ;
- Un meilleur équilibre processus/résultat pour le patient ;
- Une démarche complémentaire pour les groupements.

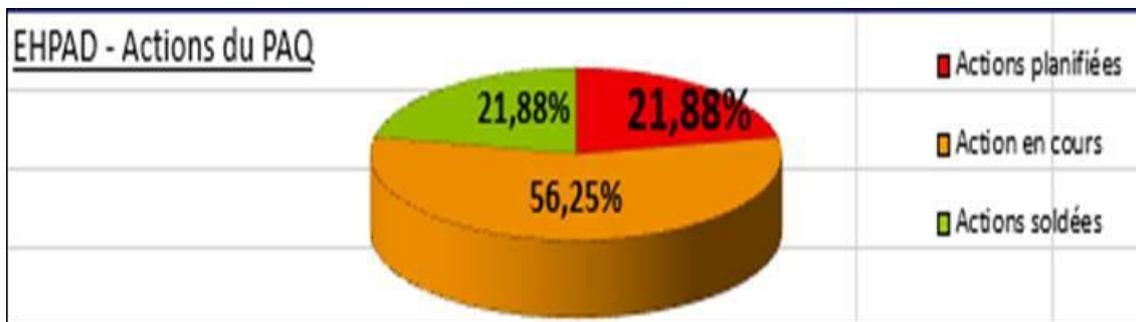
Construction de la certification

- La méthode de développement est fondée sur la co-construction avec des acteurs de terrain et la concertation de l'ensemble des parties prenantes.

L'objectif de cette implication pluri professionnelle est de :

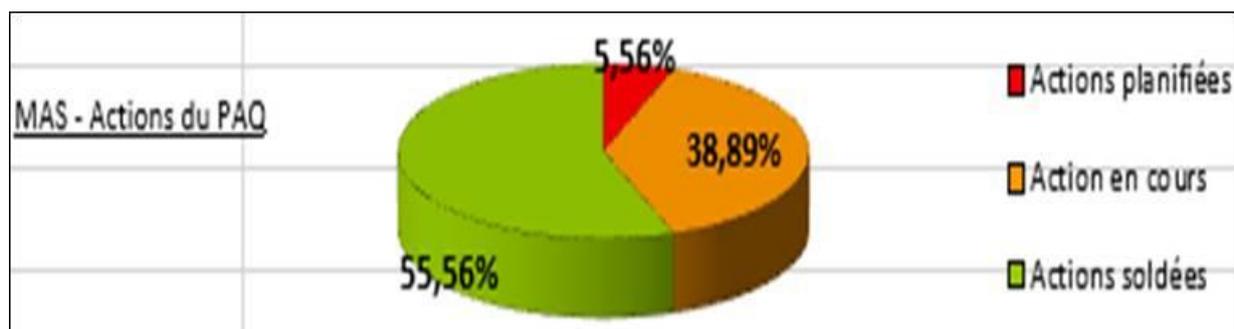
- Renforcer l'adhésion par l'ensemble des professionnels et des usagers à la démarche de certification ;
- Mettre en cohérence l'ensemble des éléments du dispositif : manuel, visite, rapport, processus décisionnel, diffusion publique des résultats.

Suivi de l'évaluation interne de l'EHPAD et de la MAS (EIMS)



Objectifs 2022 pour l'EHPAD

- Collaboration en cours avec le CHC, pour élaborer un projet personnalisé répondant aux besoins et aux droits des résidents
- Poursuivre les objectifs intégrés au PAQ 2021
- Gestion des compétences en interne afin de répondre à l'obligation de la GPMC
- Poursuivre la dynamique de labélisation « Humanitude »
- Répondre aux objectifs du CPOM
- Mener la démarche qualité gestion des risques proposée par la HAS
- Réactualiser les cartographies des risques
- Mise à jour du DUERP



Objectifs 2022 pour la MAS

- Poursuivre les objectifs intégrés au PAQ 2021
- Gestion des compétences en interne et répondre à l'obligation de la GPMC
- Poursuivre la dynamique de labélisation « Humanitude »
- Répondre aux objectifs du CPOM
- Mener la démarche qualité gestion des risques proposée par la HAS
- Réactualiser les cartographies des risques
- Mise à jour du DUERP

Nouvelle procédure d'évaluation des ESSM :

article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) confie à la HAS la mission d'élaborer :

- La Procédure d'évaluation des ESSMS (référentiel, méthodes d'évaluation, modèle de rapport, etc.)
- Nouveau cahier des charges d'habilitation des organismes en charge de procéder aux évaluations

Ce qui change :

- ✓ Un référentiel commun à tous les ESSMS
- ✓ Des méthodes d'évaluation communes
- ✓ Une fréquence d'évaluation qui passe de 7 à 5 ans par un organisme externe certifié COFRAC
- ✓ Des rapports d'évaluation identiques qui feront l'objet d'une diffusion élargie (instances ESSMS, ARS, HAS, diffusion publique...)
- ✓ De nouvelles exigences pour les organismes évaluateurs : accréditation Cofrac + habilitation HAS (renforcer professionnalisation et garantir indépendance)
- ✓ La fin de la distinction évaluation interne – évaluation externe : autoévaluation et actions spécifiques engagées pour améliorer la qualité au bénéfice des personnes accueillies évaluation tous les 5 ans par un organisme externe

Les grands enjeux du dispositif d'évaluation :

- Permettre à la personne d'être actrice de son parcours
- Renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services
- Promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels

Rythme et programmation des évaluations de la qualité des ESSMS

Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022

- Rythme quinquennal des évaluations
- Sur base d'une programmation fixée par arrêté des autorités en charge des autorisations, en adéquation avec les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les premières programmations pluriannuelles des évaluations seront arrêtées au plus tard le 1^{er} octobre 2022 et porteront sur la période juillet 2023 – décembre 2027 ;

Donc les premières évaluations « nouvelle version » en juillet 2023

Nos ESSMS seraient donc évalué à partir de janvier 2024.

5/ crise sanitaire : pandémie COVID-19

Depuis 2020 l'établissement a fait face à la crise sanitaire sans précédent, et en se confrontant aux mêmes difficultés que tous les autres établissements de santé.

Le niveau de préparation à la crise s'est révélé insuffisant. Il s'est principalement traduit par la pénurie de masques de protection individuelle, la très lente montée en charge des capacités de test, la fragilité et la non exhaustivité des systèmes d'information nécessaires au simple décompte des cas, des hospitalisations et des décès imputés à la COVID ;

Depuis le début de la crise l'établissement a su répondre aux exigences des tutelles, aux nombreuses réglementations qui évoluaient quasiment chaque jour.

Le comité de pilotage et de gestion des risques, associés à la direction des soins et l'infirmière hygiéniste ont un suivi de la veille sanitaire et ont encore en 2021 produit de nombreux documents afin de mettre en opérationnalité les consignes gouvernementales :

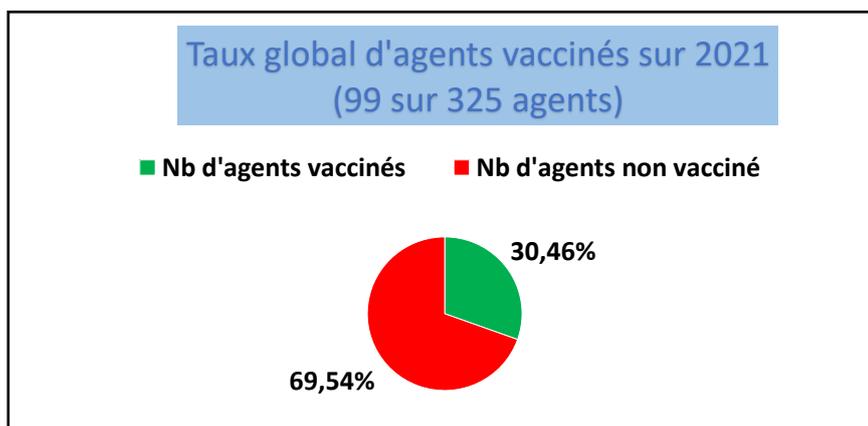
- Procédures
- Formations des équipes
- Traçabilité, suivi des cas
- Organisations des campagnes de vaccination
- Suivi et transmissions des tests réalisés

L'établissement a également en 2021 ouvert le centre de vaccination pour la population locale.

	Nb de tests PCR réalisés	Nb de TROD réalisés
Professionnels (<i>tous services</i>)	212	76
Résidents/Habitants (<i>MAS/EHPAD</i>)	167	65
Patients (<i>MED SSR HAD</i>)	382	18
TOTAL	761	159

5 / Protection vaccinale Covid et Grippe :

Taux de vaccination des agents contre la grippe :



Nous pouvons noter une baisse de 13.77 % d'agents vaccinés. Mais notre taux reste très acceptable au vue des résultats nationaux.

La campagne de vaccination contre la grippe pour la saison 2021-2022 est marquée par un contexte sanitaire particulier lié à la possible circulation simultanée de la COVID-19 et des virus grippaux.

Cette possible co-circulation renforce l'importance de la vaccination des personnes faisant l'objet de recommandations vaccinales contre la grippe saisonnière et des professionnels de santé, comme prévu dans le calendrier des vaccinations.

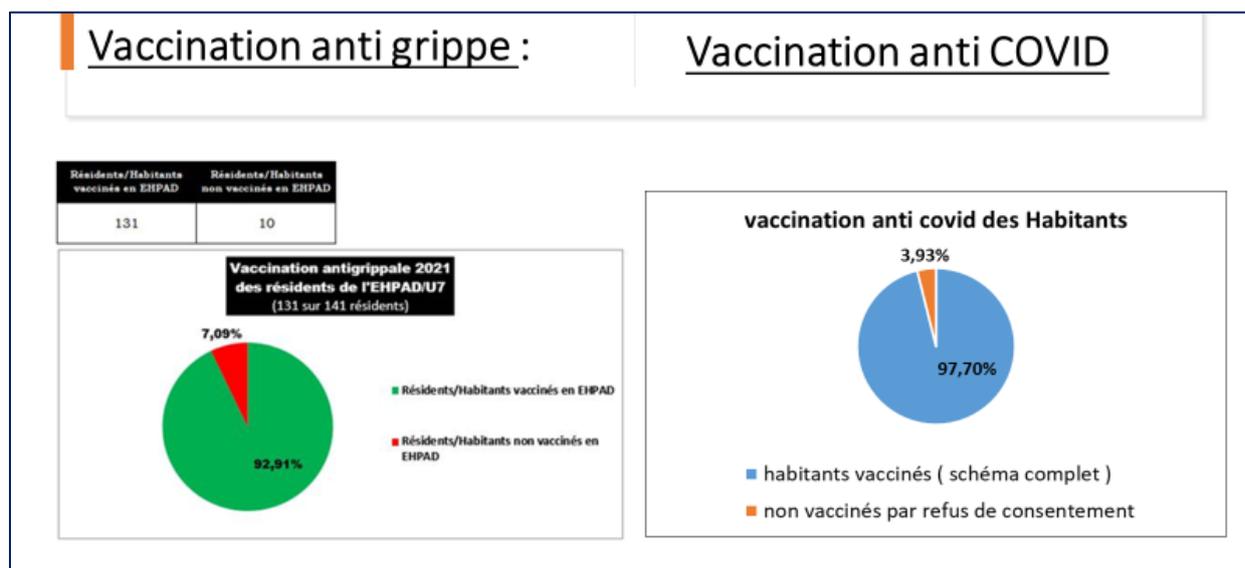
Les freins probables de la vaccination anti grippale :

- les effets secondaires de cette double vaccination (covid 19 – grippe)
- certains disent avoir eu la grippe même vaccinés
- le manque de confiance sur ce vaccin
- beaucoup d'informations contradictoires

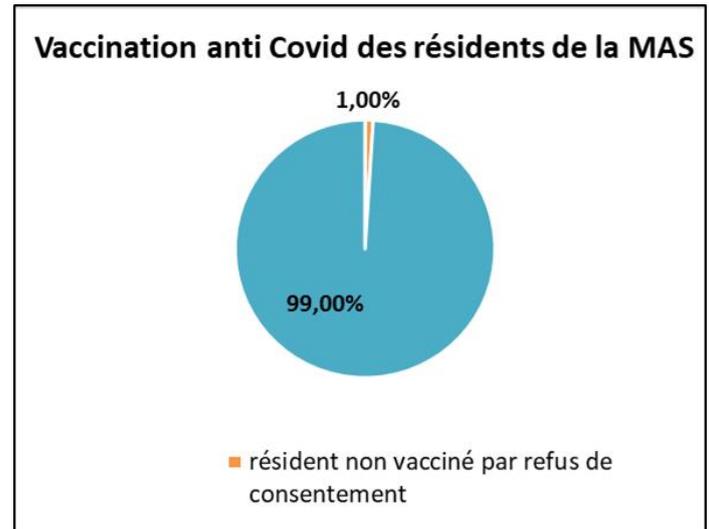
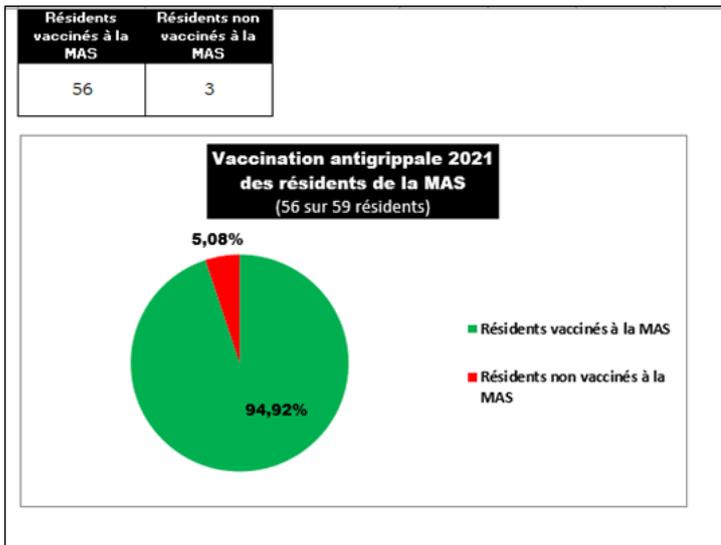
La prévention de la transmission du virus grippal est un élément fort de motivation chez les soignants mais le vaccin contre la grippe souffre d'une mauvaise image liée aux nombreuses informations contradictoires le concernant et à son manque d'efficacité. Pour obtenir une meilleure adhésion des professionnels de santé face à la vaccination, il serait souhaitable d'améliorer la communication autour du vaccin et en particulier sur la prévention de la transmission croisée du virus grippal des soignants aux patients.

6 / Taux de vaccination des habitants et résidents contre la grippe et la Covid19 :

A l'EHPAD

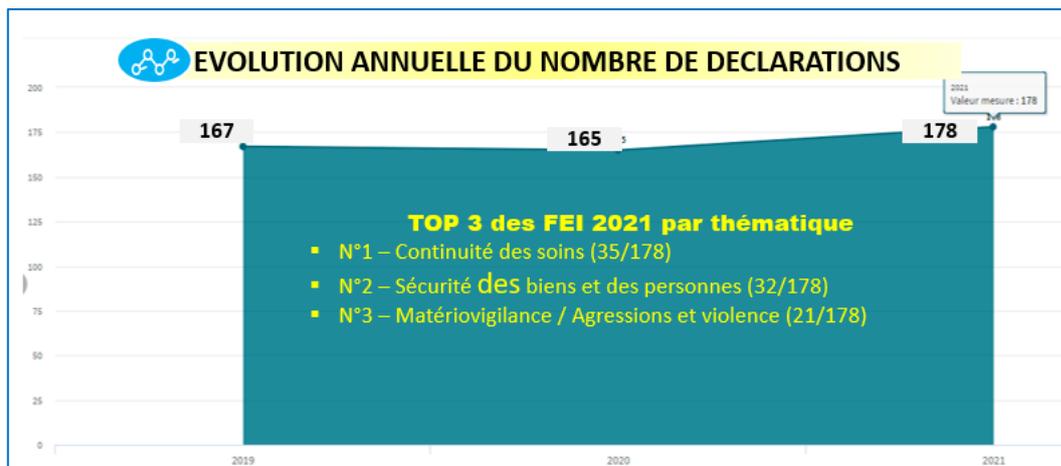


A la Maison d'accueil spécialisée :

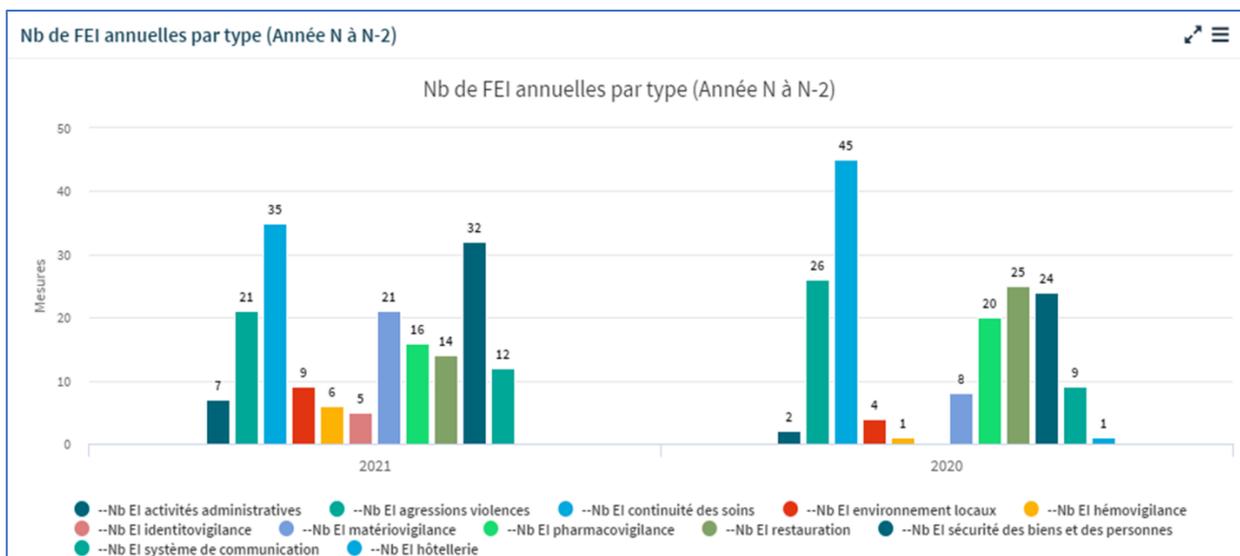


7/ Gestions des évènements indésirables :

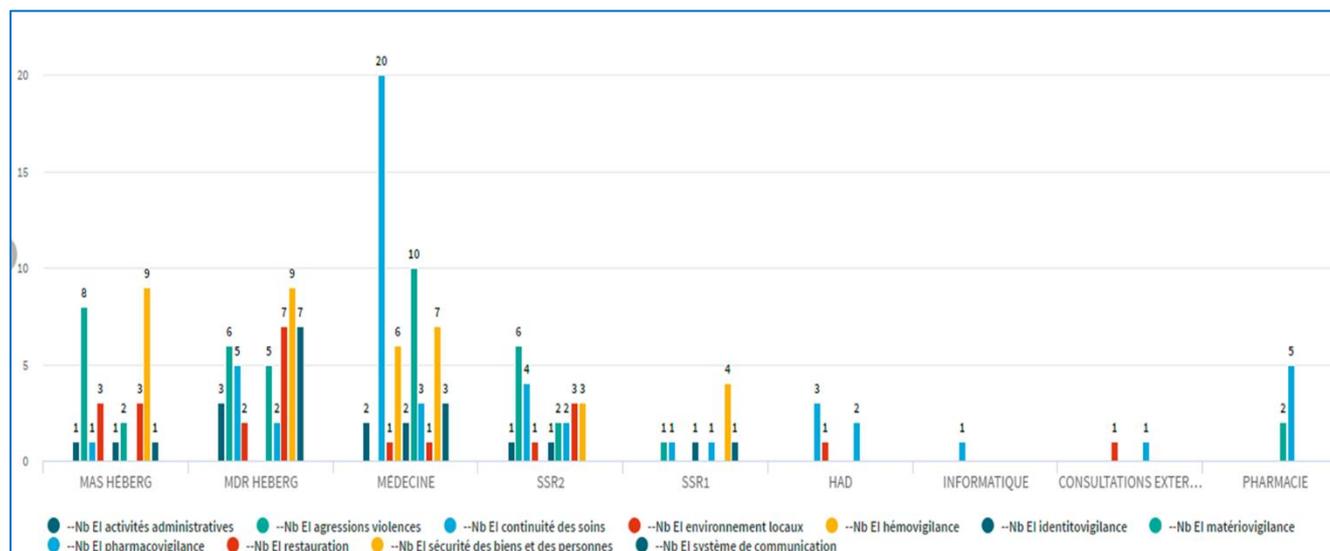
- 178 FEI déclarées en 2021
- 3 déclarations d'évènements indésirables graves (EIG) sur le Centre hospitalier en 2021



FEI annuelles par thématiques 2020/2021



FEI déclarés par services et par thématiques



Tous les évènements indésirables méritent d'être analysés afin de comprendre les raisons de leur survenue et trouver la façon d'éviter qu'ils se reproduisent.

Les évènements graves sont déclarés par la direction à l'ARS, afin de développer un partage d'expériences aux niveaux régional et national.

1 EIG du 2 Janvier 2021 (FEI N°1/2021)

Agressivité physique et verbale d'un patient du service SSR envers une résidente de l'EHPAD et un agent
Conséquences : accident de travail pour l'agent concerné

1 EIG analysé en CREX le 25/06/2021 (FEI N°73/2021)

FEI datant du 15/06/2021, « suspicion de double de dilution d'un flacon de Pfizer »

AA : double recomptage, révision des conditions de stockage, diffusion nouvelles informations, nouveau document de traçabilité....

1 EIG du 4 Novembre 2021 (FEI N°152)

Chute d'un poteau soutenant le câble d'alimentation électrique de l'établissement sur le véhicule d'un membre du personnel suite à des manœuvres maladroites d'un véhicule de terrassement d'une société intervenant dans le cadre des travaux de reconstruction de l'hôpital.

Evènements indésirables ayant une criticité = ou sup à 4 analysés en CREX (Comité de Retour d'expérience)

CREX sur presque EI « Médicaments à risque » (FEI N°145)

Fei datant du 08/10/2021, « Presque EI erreur de résidente en EHPAD pour l'administration de NOVATREX (Méthotrexate) »

AA : logo MAR sur les piluliers, formation individuelle des IDE en PUI dès leur arrivée, réflexion sur la préparation des piluliers et de la double vérification, commande de chariot de distribution, ...

CREX sur EI « Manque de moyens donné à une IDE, pour assurer la prise en soins en toute sécurité des habitants du 1er étage de l'EHPAD, dans le cadre d'un renfort d'un autre service (FEI N°118)

FEI datant du 25/12/2021, concerne donc transversalement plusieurs process : Identitovigilance, PeCM, continuité des soins, dossier patient et QVT

AA : création d'une pochette pour les IDE « itinérantes » contenant un trombinoscope des habitants, une fiche mémo avec les numéros d'appel importants, le plan de l'étage.

Les professionnels « remplaçants » ne seront qu'à l'étage de l'EHPAD RDP

6/ Projets 2022 :

- ✓ Poursuivre et développer la dynamique qualité au sein du Ch Albert
- ✓ Recueil IPAQS 2022
- ✓ Préparation certification v2020
- ✓ Préparation certification Ehpad MAS
- ✓ L'information et sensibilisation au quotidien sur les modalités de prise en charge "en qualité" de nos patients, résidents, et des professionnels
- ✓ Développer l'usage et la connaissance des outils utilisés notamment les audits planifiés et inopinés portant sur les différentes étapes du parcours et sur les risques avec un retour systématique de leur analyse
- ✓ Programmation et suivi des instances qualité permettant une implication de la gouvernance dans la stratégie Qgdr
- ✓ La gestion des risques à priori et à posteriori
- ✓ Promouvoir et renforcer la qualité des signalements effectués,
- ✓ Diffuser des tableaux de bord d'indicateurs pertinents pour les services
- ✓ Faire participer les usagers dans les retours d'expérience,
- ✓ Développer une culture qualité partagée sur le territoire.