



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER  
SPÉCIALISÉ PINEL DURY**

**Route de Paris**

**80044 AMIENS**

**NOVEMBRE 2020**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE.....	6
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	7
THÉMATIQUE« DOSSIER PATIENT » .....	8

# 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.

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. L'additif au rapport de 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).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PINEL DURY	
Adresse	Route de paris 80044 AMIENS
Département / région	SOMME / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Etablissement de Sante	800016172	CMP CHS PINEL 80G01 CAPAS	64 bis rue du Vivier 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016255	CMP CHS PINEL 80I02 LE BELVEDERE	275 rue Jules Barni 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800001133	HJ INTERSECTORIEL CHS PINEL LES 3 BAIES	Chemin des Foulons 80480 DURY
Etablissement de Sante	800000457	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PINEL DURY	Route de Paris 80044 AMIENS
Etablissement de Sante	800008872	HJ POUR ENFANTS CHS PINEL 80I01 LA MARELLE	18 boulevard Carnot 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800009730	HJ - HJ - CMP INTERSECTORIEL CHS PINEL SESAME / ELSA	464 rue Saint- Fuscien 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800015026	HJ CHS PINEL 80G08 DELPECH LES FOUGÈRES	65 rue Delpech 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016180	CMP CHS PINEL 80G02 CAPAS	64 bis rue du Vivier 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016214	CMP CHS PINEL 80G04 DELPECH	65 rue Delpech 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016230	CMP CHS PINEL 80I01 FEURRE	2 place au Feurre 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016263	HJ POUR ADOLESCENTS CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue du Danemark 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016206	AT INTERSECTORIEL CHS PINEL ARC-EN- CIEL	2 place au Feurre 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016164	CATTP CHS PINEL 80G01 CAPAS	64 bis rue du Vivier 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800016222	CATTP CHS PINEL 80G08 DELPECH - QUATRE LEMAIRE	52 rue Delpech 80000 Amiens
Etablissement de Sante	800000382	FOYER POST CURE INTERSECTORIEL CHS PINEL ESSOR	Chemin des Foulons 80480 Dury
Etablissement de Sante	800003659	HJ CHS PINEL 80P01 SMPR	85 avenue de la Défense Passive 80030 Amiens

Etablissement de Sante	800003709	HC INTERSECTORIEL CHS PINEL UPA	2 place Victor Pauche 80054 AMIENS
Etablissement de Sante	800016701	CATTP POUR ENFANTS CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue Danemark 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800016719	PFT CHS PINEL LE ROMANEE	7 avenue du Danemark 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800017402	CMP CHS PINEL 80G08 DELPECH	65 rue Delpech 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800017410	CATTP CHS PINEL 80G02 CAPAS	64 bis rue Vivier 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800017428	CATTP CHS PINEL 80G04 DELPECH	52 rue Delpech 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800017436	CATTP CHS PINEL 80I01 FEURRE	2 place au Feurre 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800017444	CATTP CHS PINEL 80I02 DUMAS	6 rue Alexandre Dumas 80000 AMIENS
Etablissement de Sante	800018822	HJ CHS PINEL 80G04 DAUMEZON 80I02 FARANDOLE	6 rue Alexandre Dumas 80000 AMIENS
Entite Juridique	800000119	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE PHILIPPE PINEL	Route de Paris 80044 AMIENS
GCS de moyens		GCS E.SANTE	186 rue Edouard Branly- Zac de la Blanche Tâche 80450 CAMON
GCS de moyens	GCS2130	GCS GROUPEMENT REGIONAL D'ACHATS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES PICARD (GRAPPP)	Centre hospitalier de Beauvais 40 avenue Léon Blum - BP 40139 60021 BEAUVAIS

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	Nombre de journées d'HAD
Santé mentale	Psychiatrie générale	196	68	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	12	40	/	/	/

# DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement avec recommandations d'amélioration,

## 2. Décisions

### RECOMMANDATIONS D'AMELIORATION

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Prise en charge de la douleur

Management de la qualité et des risques

Parcours du patient

## 3. Suivi de la décision

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

Votre prochain Compte Qualité devra nous parvenir au format V2020. La HAS ne manquera pas de vous informer des développements en cours de cette future version.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

## THÉMATIQUE « DOSSIER PATIENT »

### 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	OUI	L'établissement a pris en compte les éléments de son rapport de certification pour identifier de nouveaux risques. Il les a intégrés dans son compte qualité. Ces risques concernent principalement : le défaut d'organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement, le défaut de connaissance du DPI ou de ses évolutions; l'absence d'outils d'aide à la gestion du DPI, la traçabilité non systématique des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge dans le DPI, le non respect du délai d'accès du patient à son dossier, l'existence de fichiers non sécurisés contenant des données de patients, l'absence de suivi de la démarche d'amélioration.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	L'ensemble des risques identifiés ont été analysés. Cette analyse permet d'identifier la cause du risque et donc de choisir les actions d'amélioration qui paraissent les plus pertinentes pour agir sur la cause.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les risques communiqués apparaissent maîtrisés. Les dispositifs de maîtrise mis en place ou en cours de mise en place dans l'établissement traduisent ce constat : procédures et modes opératoires-tutoriels, formation et accompagnement des professionnels, assistance téléphonique, archivage organisé accès en temps réel au DPI- Tutoriels sur intranet, CIV, comité de pilotage politique dossier patient validé en CME, note de service pour sensibilisation, audits réguliers. Les dispositifs de maîtrise sont cohérents avec les niveaux de maîtrise définis par l'établissement.



## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse		Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	Depuis la visite initiale V2014, le plan d'actions a été actualisé au regard des risques hiérarchisés. Les plans d'actions comportent des actions qui permettent de répondre aux écarts relevés dans le rapport de certification V2014 et en lien avec les risques.	
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	OUI	<p>Les plans d'actions apparaissent cohérents au regard des constats réalisés par les experts visiteurs lors de la visite. La majorité des actions identifiées par l'établissement sont finalisées ou en cours au moment de l'envoi du CQS. Suite à la visite, une révision de la politique du dossier patient a été réalisée par le COPIL DPI et présentée aux Instances. Une version actualisée a pris en compte l'informatisation complète du dossier du patient</p> <p>Concernant la formation des professionnels et la mise à disposition d'outils documentaires d'aide à la gestion du dossier patient informatisé, l'établissement a mis en place une formation initiale obligatoire pour tout nouvel arrivant avant l'accès au DPI. Des séances de formation continue ont été largement déployées en 2019. Un accompagnement physique et téléphonique est assuré afin de répondre aux questions des professionnels et permet d'améliorer la traçabilité des informations. De nombreux guides et supports documentaires sont disponibles en ligne dans la GED et sur l'intranet, ainsi que des tutoriels vidéo dans le cadre d'un projet de formation continue en e-learning. En 2020, une sensibilisation a été réalisée auprès des cadres de santé. Un travail en groupe et avec les membres de la CIV a permis d'aboutir à la rédaction d'un mode de création d'identité dans des conditions « mode dégradé ». La procédure formalisée reprend les principes d'accès au dossier Patient en mode dégradé.</p> <p>Concernant la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge et le risque de rupture de la coordination et de la continuité de la prise en charge, l'informatisation complète du dossier patient est effective depuis Avril 2019. Afin d'assurer le déploiement de ce DPI, des PC supplémentaires ont été installés au sein de chaque unité (3 PC dans le bureau IDE, 1 PC dédié à la prise en charge médicamenteuse, 1 PC dédié aux réunions cliniques, 1 PC dédié à la traçabilité des mesures d'isolement et de contention). Un travail de formalisation d'outils et de tutoriels a permis d'améliorer les pratiques de traçabilité dans le dossier. En parallèle, un accompagnement important des professionnels a été réalisé par les pilotes de processus et le Département d'Information et de Recherche Médicale (DIRM). A chaque formation initiale, une documentation complète version papier est remise au</p>	

		<p>professionnel. Des évaluations sont régulières et suivies par le DIRM. Les résultats sont diffusés et partagés et montrent une amélioration des pratiques.</p> <p>Concernant les délais d'accès du patient à son dossier, L'indicateur est suivi par le service des usagers et régulièrement présenté à la CDU. La procédure d'accès du patient à son dossier a été révisée. Des rappels réguliers auprès des services (secrétaires et médecins) et une sensibilisation en CME a été réalisée. Le suivi détaillé par le service des Usagers permettra de lancer une action complémentaire si l'indicateur ne s'améliore pas.</p> <p>Concernant l'existence de fichiers non sécurisés contenant des données de patients, le médecin DIM a rédigé des notes de service pour rappeler les pratiques à respecter. Le service du DIRM et la responsable des archives soutiennent la démarche en relai en se déplaçant auprès des secrétariats médicaux. Des sensibilisations sont faites auprès des secrétaires et des autres professionnels. Une évaluation de ce risque a été ajoutée au plan d'action.</p> <p>Concernant l'absence de suivi des actions d'amélioration, Un programme soutenu d'évaluation et d'audit a été mis en place. Un suivi régulier des indicateurs est réalisé au DIRM. A la suite de chaque évaluation, un dispositif d'accompagnement a été mis en place pour suivre l'évolution et l'atteinte des objectifs auprès de chaque cadre de santé et des médecins dans l'optique d'une meilleure appropriation des actions et de l'amélioration des pratiques. Les résultats sont également communiqués aux Pôles. Une présentation est également réalisée en réunion de suivi MQGDR, en COPIL DPI, en CME et en réunion d'encadrement.</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	<p>Pour chacune des actions des échéances sont fixées. Elles sont en cohérence avec la nature de l'action. Toutes les actions encore en cours ont une échéance prévue avant la fin 2020. Des actions au long cours sont également prévues.</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	<p>La totalité des actions d'amélioration est associée à une mesure de suivi de son efficacité. Elles correspondent à une modalité « effective » de mise en œuvre (exemples : nombre de nouveaux arrivants formés, nombre de remise à niveau réalisé, nombre de documents produits (GED), procédure dégradée formalisée, politique du dossier patient actualisée, audit réalisé. Un lien est fait entre ces modalités de suivi et la rubrique « Données » du compte qualité supplémentaire.</p>

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
<p>Actualisation des données suite au rapport de certification ?</p>	<p>OUI</p>	<p>L'établissement a actualisé les données disponibles dans son compte qualité au regard des nouveaux risques et des nouvelles actions d'amélioration conduite. Les audits ou indicateurs suivants sont renseignés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourcentage de lettres de liaison remises à la sortie</li> <li>- Délai de transmission du dossier au patient</li> <li>- Nombre de personnes formées à l'utilisation du DPI</li> <li>- Nombre de tutoriels vidéos produits</li> <li>- Nombre de sensibilisation des professionnels au DPI</li> <li>- IPAQSS Hors protocole</li> </ul>
<p>Présence de résultats démontrant une amélioration ?</p>	<p>EN GRANDE PARTIE</p>	<p>Les actions mises en œuvre et les résultats des indicateurs suivis par l'établissement attestent d'une amélioration des résultats (mise à jour de la politique du dossier patient, formation des professionnels au DPI, formalisation des outils DPI dans la GED de l'établissement, acquisition de PC supplémentaires, sensibilisation des personnels au remplissage du DPI). Néanmoins, le résultat de l'indicateur sur le délai de transmission du dossier au patient pour les mois de Mars et Juin 2020) montre encore des marges d'amélioration. Les résultats de l'audit IPAQSS (Hors protocole) réalisé en Juillet 2020 montrent également des marges d'amélioration sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La remise de la lettre de liaison à la sortie (79,41%)</li> <li>- L'identification du médecin traitant (61,76%)</li> <li>- L'identification du signataire (61,76%)</li> <li>- La voie d'administration et la durée du traitement (23%)</li> <li>- La mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel (67,64%)</li> </ul>

