

# REX certification Grand EST

Centre hospitalier Léon Bourgeois Châlons-en-Champagne

19 novembre 2021

# REX Visite de certification

## SOMMAIRE

1. Présentation du CH
2. Le nouveau Référentiel
3. Préparation de la visite par les équipes, mise en place des nouvelles méthodes d'évaluations
4. Organisation et mise en place du planning de visite
5. Déroulement de la visite de Certification
6. Résultats

# 1. Présentation du CH Léon Bourgeois

Le Centre Hospitalier Léon Bourgeois de Châlons-en-Champagne fait partie de la Direction commune avec le Centre Hospitalier d'Argonne et l'EHPAD de Vienne le Château.

C'est un établissement public de proximité qui est situé dans le Sud-est du département de la Marne ; il occupe une position stratégique dans une zone semi-rurale de la région Grand-Est.

Premier établissement de soins du secteur, il couvre un bassin de population de plus de **80 000 habitants** ; sa zone d'attractivité s'étend sur la communauté d'agglomération.

Il dessert également des flux provenant du sud des Ardennes, de la Meuse, de Vitry-le-François ainsi que des zones viticoles se situant entre Châlons-en-Champagne et Epernay, voire au-delà.

Des relations privilégiées avec les Etablissements publics de la Marne lui permettent de contribuer à consolider la filière publique sur le territoire.

# LES ETABLISSEMENTS EN DIRECTION COMMUNE

828 lits et 89 places , dont 525 lits médico-sociaux

1 439,15 ETPR personnels hospitaliers dont 145,75 ETPR personnels Médicaux

## CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS EN CHAMPAGNE

539 lits – 38 places (Source : Données DAF 10-06-2020)

### 225 LITS MCO ET 18 PLACES

- **Médecine** : 134 lits et 8 places Hôpital de jour
- **Chirurgie** : 47 lits et 10 places de chirurgie ambulatoire
- **Gynécologie-obstétrique** : 20 lits
- **S.A.U.** (adultes, pédiatrie) et SMUR, 8 lits d'UHCD
- **Médecine Intensive Réanimation** : 8 lits,
- **USC** : 8 lits dont 4 lits d'USCP et 4 lits USCC
- GIE imagerie avec 2 scanners, 1 IRM
- Pharmacie à Usage Intérieur
- Laboratoire
- 8 Salles de Bloc Opératoire dont 2 d'Endoscopie Digestive
- Stérilisation.

### 58 LITS SSR ET 20 PLACES

### 30 LITS D'USLD

228 LITS D'EHPAD dont 2 lits HTU

1170,15 personnels hospitaliers dont 141,75 temps médicaux (dont 44 internes)

## CENTRE HOSPITALIER D'ARGONNE DE SAINTE-MENEHOULD

217 lits – 51 places

### 17 LITS MCO ET 45 PLACES

- **Médecine** : 17 lits
- **SSIAD** : 45 places
- Antenne SMUR
- Imagerie médicale
- Pharmacie à Usage Intérieur
- Plateau de consultations externes
- Sous-traitance avec un laboratoire privé

### 13 LITS SSR

### 30 LITS D'USLD

### 30 LITS D'UVP

### 127 LITS D'EHPAD ET 6 PLACES

- Une unité de personnes handicapées vieillissantes –  
Coopération avec l'Elan Argonnais
- **Accueil de jour** : 6 places  
(Géographiquement sur Vienne-le-Château)

217,75 personnels hospitaliers dont 2,60 médecins (dont 1 médecin libéral – partenariat Ville – Hôpital) et 1 ETP de pharmacien

## EHPAD DE VIENNE LE CHÂTEAU

### 80 LITS D'EHPAD

dont 1 lit d'hébergement temporaire

- Une unité de personnes handicapées vieillissantes –  
Coopération avec l'Elan Argonnais
- Coopération avec l'EPSMM pour la prise en charge des personnes vieillissantes avec troubles psychiatriques

51,25 personnels hospitaliers dont 0,40 ETP de médecin

# Le Centre Hospitalier Léon Bourgeois

## Données 2020

**539 lits dont 10 lits d'hospitalisation de semaine & 38 places**

### Données d'activités (année 2020) :

- MCO : 60 208 journées
- MCO : 16 220 séjours
- Sorties SMUR : 861 sorties / an
- Urgences : 25 661 passages y compris urgences pédiatriques
- Réanimation : 4 650 journées
- Accouchements : 821 (828 naissances)
- Bloc : 6 027 interventions
  
- SSR : 17 660 journées
- USLD : 8 092 journées
  
- EHPAD : 77 567 journées d'hébergement
- Consultations externes : 76 259 consultations (publiques & libérales)
  
- Imagerie : 23 083 actes (radiographies et échographies)
  - Scannographie 10 265 actes
  - IRM 3 669 actes

### BUDGETS (données 2020)

- Budget Hôpital : 84,675 millions €
- Déficit comptable : 4,114 millions €
- Budget USLD : 1,801 million €
- Budget EHPAD : 9,599 millions €
- Budget CSAPA : 656 K€
- Budget DNA : 45 K€

CPOM signé en 2018

Déficit comptable 2019 tous budget	- 3 220 K€
Déficit comptable 2020 tous budgets	- 3 872 K€
Déficit comptable 2020 Hôpital	- 4 114 K€
Résultats cumulés fin 2020	- 23 683 K€
Fond de roulement	9 500 K€
Absence de C.A.F. en 2021	Situation financière déséquilibrée : frein à l'investissement

# PLATEAUX TECHNIQUES

- Bloc opératoire avec 6 salles polyvalentes dont 2 non armées, 2 salles d'endoscopie digestive et 1 salle de réveil ;
- Structure d'Accueil des Urgences avec un partenariat avec l'EPSMM pour les urgences psychiatriques ;
- Équipe SMUR avec une antenne SMUR déployée sur le Centre Hospitalier d'Argonne de Sainte Ménéhould ;
- Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
- Structure d'Imagerie Médicale équipée de 2 salles de radiologie, de 2 scanners (dont 1 GIE) et d'1 IRM GIE ;
- Laboratoire territorial de Biologie Médicale ;
- Dépôt de produits sanguins labiles ;
- Pharmacie à Usage Intérieur et Préparation chimiothérapies ;
- Stérilisation ;
- Plateau technique de rééducation fonctionnelle avec balnéothérapie (SSR locomoteur, neuro et respiratoire)

# ACTIVITES TRANSVERSALES AU SERVICE DE LA POPULATION

- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (E.M.S.P.) ;
- Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CSAPA « L'Amandier » (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Centre de Consultations « Mémoire » labellisé avec l'EPSMM ;
- Service Transversal d'Education du Patient (STEP) ;
- Hébergement Temporaire d'Urgence (H.T.U.).

# UN ETABLISSEMENT PARTENAIRE SUR LE TERRITOIRE

Le Centre hospitalier Léon Bourgeois de Châlons en Champagne est membre du GHT « Champagne ». Il contribue à l'élaboration et la mise en place du projet médical partagé du GHT (convention constitutive du 29 Juin 2016).

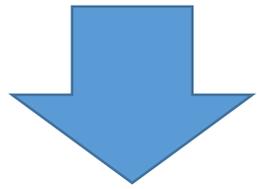
Des coopérations médicales sont particulièrement développées avec le Centre Hospitalier Universitaire de Reims dans le cadre de l'accord de coopération stratégique et du groupement hospitalier de territoire.

- Partage de compétences médicales entre le CH de Châlons et le CHU de Reims ;
- CHU de Reims avec création de fédérations médicales en O.R.L., M.P.R., Pédiatrie et Biologie ;
- Activités de dialyse avec l'ARPDD dans l'établissement ;
- Activité HAD au sein de l'établissement par HAD France ;
- GIP logistique avec 5 autres établissements dont l'EPSMM ;
- GIE Imagerie ;
- PRADO ;
- EPSMM urgences psychiatriques
- Maison d'arrêt (US - SMPR)
- Réseau Périnatal...

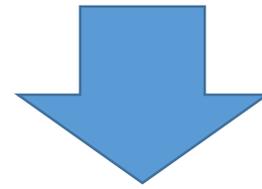
## 2. Le nouveau référentiel

*« Certification des établissements de santé pour  
la qualité des soins »*

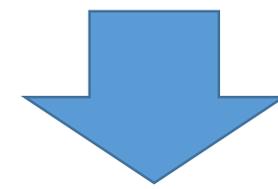
Finalité: APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE  
ET ÉQUILIBRÉE AUX ATTENTES



Des usagers



Des  
professionnels de  
Santé



DES AUTORITÉS DE  
TUTELLE

PATIENTS, SOIGNANTS, UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

# Les 4 enjeux de la Certification



➤ ENGAGEMENT DU PATIENT

➤ CULTURE DE L'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE ET DU RÉSULTAT



➤ TRAVAIL EN ÉQUIPE



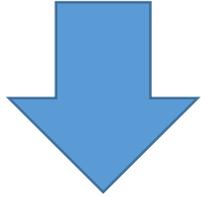
➤ ADAPTATION AUX ÉVOLUTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)



Source: schéma : normand-assurvie.fr

# Le Référentiel de la certification: 3 chapitres – 15 objectifs

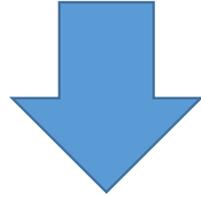


## Le Patient



**4 objectifs**

*Ex : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient*



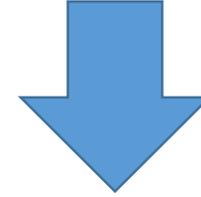
## Les Equipes de Soins



shutterstock.com • 156721880

**4 objectifs**

*Ex: Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques*



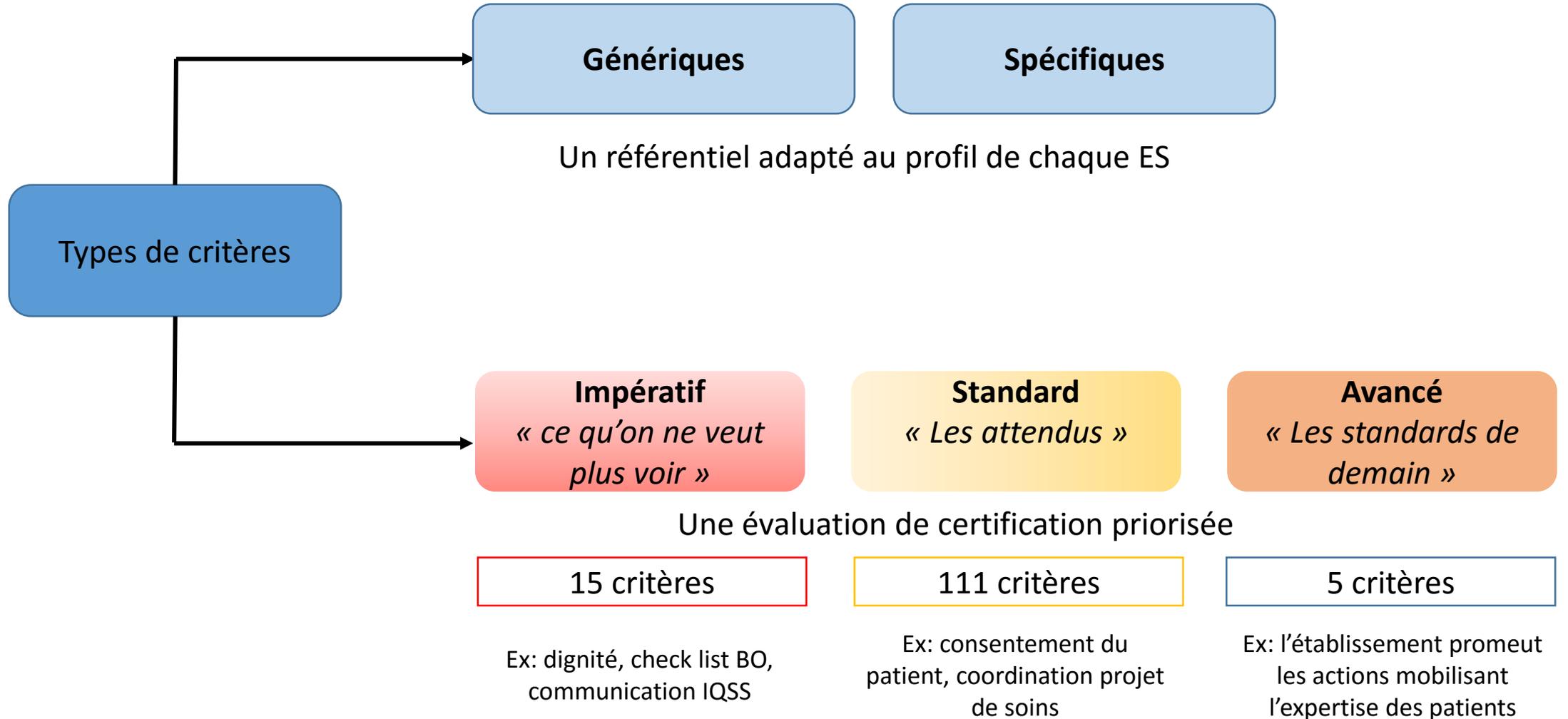
## L'Établissement de Santé



**7 objectifs**

*Ex: L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins*

# La typologie des critères



# Champs d'application : SECTEURS D'ACTIVITE

**Chirurgie et interventionnel** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Maternité** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Psychiatrie et santé mentale** [Détails](#)

---

 Applicable **NON**

**SAMU-SMUR** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Soins critiques** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Soins de longue durée** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Soins de suite et réadaptation** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

**Urgences** [Détails](#)

---

 Applicable **✓ OUI**

## POPULATION

Enfant et adolescent

[Détails](#)



Applicable

✓ OUI

Patient âgé

[Détails](#)



Applicable

✓ OUI

Patient en situation de handicap

[Détails](#)



Applicable

✓ OUI

## MODE DE PRISE EN CHARGE

Ambulatoire

[Détails](#)



Applicable

✓ OUI

Hospitalisation à domicile

[Détails](#)



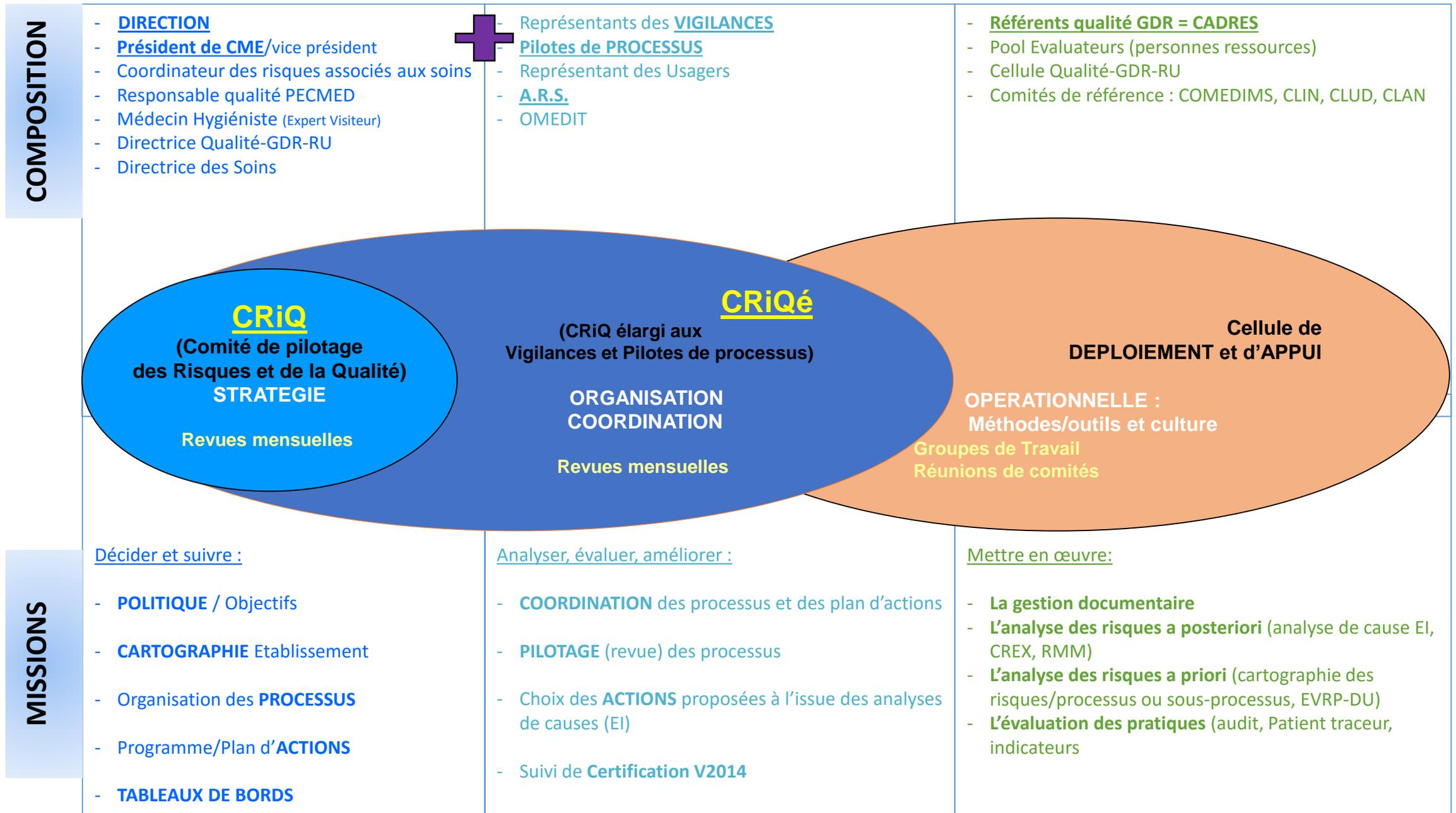
Applicable

NON

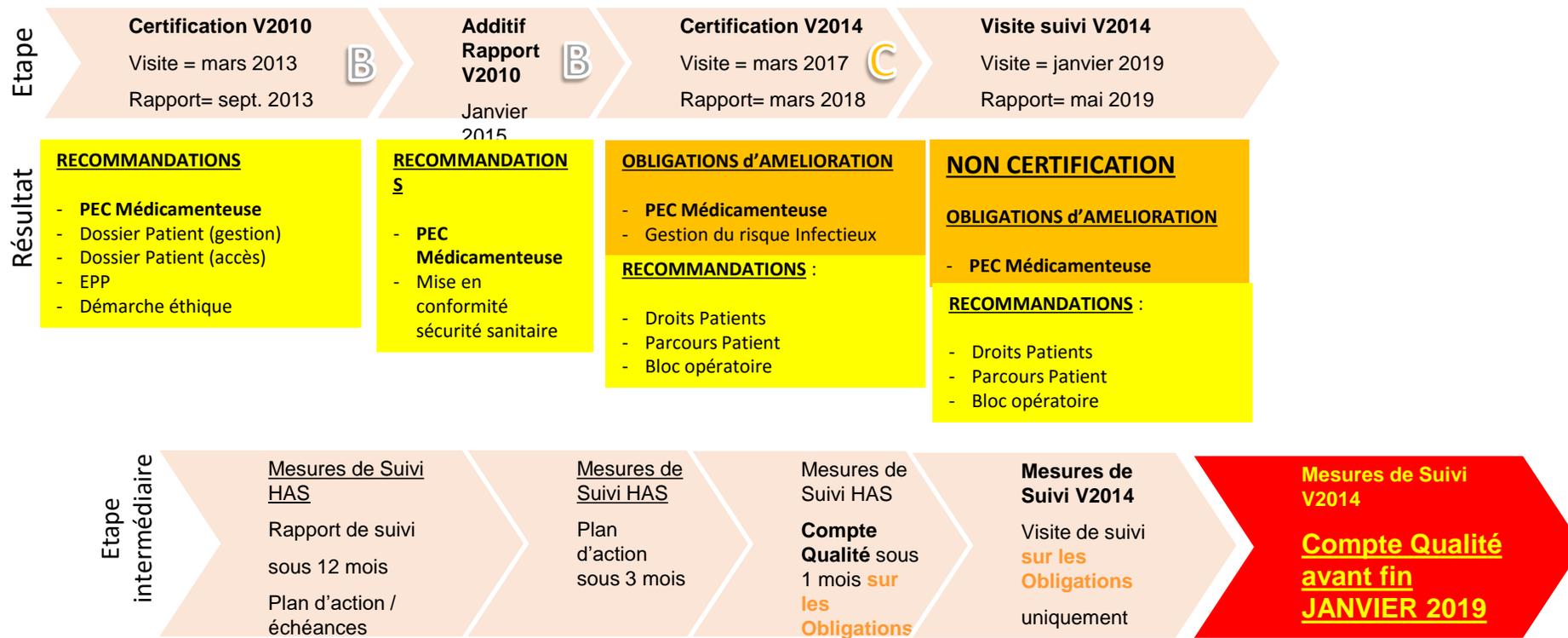
# 3. Préparation de la visite

- Appropriation du nouveau référentiel et mise en place d'outils et de formations par le service qualité/gestion des Risques
- Analyse des critères et éléments d'évaluation
- Déploiement
  - Prise en compte des résultats des visites antérieures, du projet médico-soignant 2015-2019
  - Revue des FEI, des réclamations, retours des questionnaires de satisfaction
  - CAQES, CPOM
  - IQSS
  - Indicateurs internes
- Méthode ascendante et descendante : des services vers la qualité , implication des professionnels de terrain, communication aux instances
- Identification des risques par les **professionnels de terrain** via les cadres référents qualité (**concertation**)
- Actualisation du compte qualité partie identification des risques avec la Direction des Soins /Direction qualité (**interface, vision globale**)
- Accompagnement par l'ARS en CRIQ

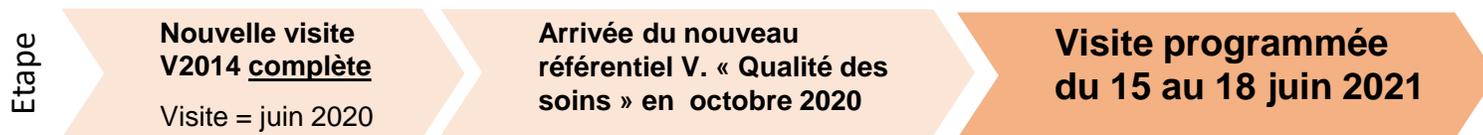
# PILOTAGE DE LA DEMARCHE QUALITE



## CONTEXTE : Chronologie des démarches de visite de CERTIFICATION HAS

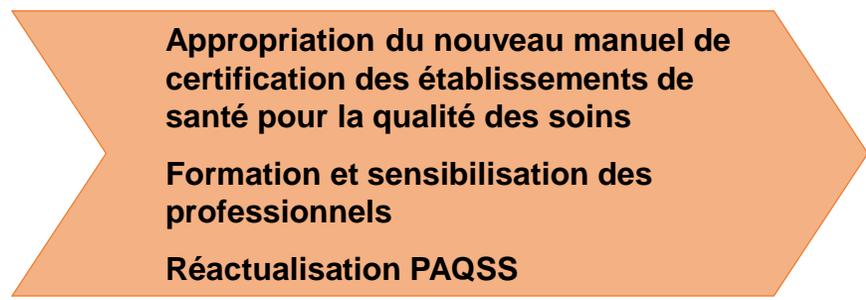


**CONTEXTE :**  
**Chronologie des démarches de visite de CERTIFICATION HAS**

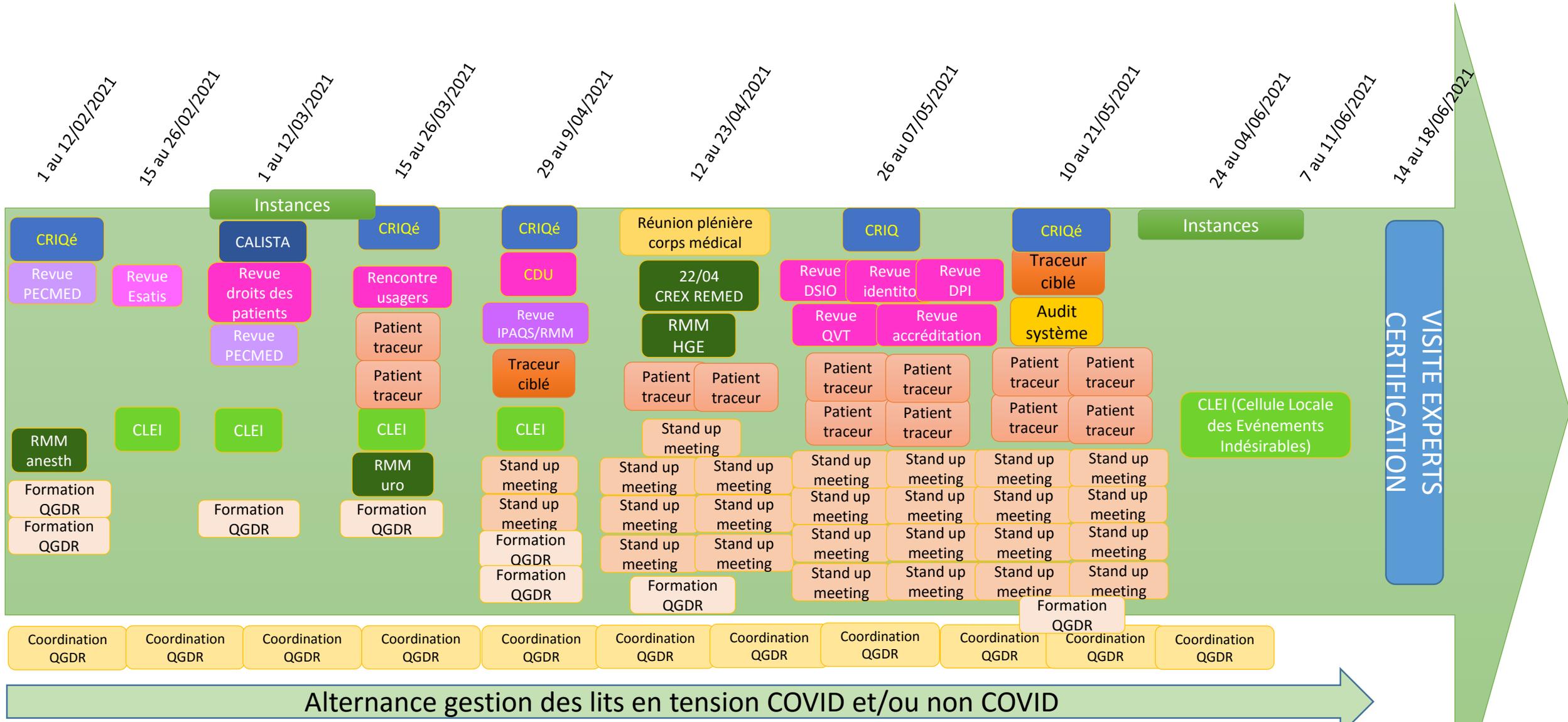


07/20 : CH demande report en décembre 2020

Étape intermédiaire



# Mise en œuvre effective de la démarche continue de la qualité : Certification



Méthode	Sous méthode	Grilles recommandées	Grilles créées	Grilles complétées
Patient traceur			20	20
Parcours traceur			6	6
Traceur ciblé	Accueil non programmé		1	1
Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		4	4
Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		2	2
Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		1	1
Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		1	1
Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		6	6
Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		2	2

Audit système	Coordination territoriale		1	1
Audit système	Dynamique d'amélioration		1	1
Audit système	Engagement patient		1	1
Audit système	Entretien Professionnel		5	5
Audit système	Leadership		1	1
Audit système	Maitrise des risques		1	1
Audit système	QVT & Travail en équipe		1	1
Audit système	Représentants des usagers		1	1

# Exemple d'outil utilisé pour le risque infectieux

OBSERVATIONS				TRACEUR CIBLE	PARCOURS TRACEUR	PATIENT TRACEUR	PROFESSIONNELS	TRACEUR CIBLE	PARCOURS TRACEUR	PATIENT TRACEUR	
Critère n°1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé						<b>Critère n° 2.3-12</b>	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs			
Crit.1.1-05-ee05-OBS	Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.		✓				<b>Crit.2.3-12-ee01</b>	<b>L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie</b>	✓		
<b>Critère n° 2.3-10</b>	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains						<b>t.2.3-12-ee02-T</b>	<b>Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.</b>	✓		
<b>Crit.2.3-10-ee06-O</b>	<b>Les solutions hydroalcooliques sont disponibles</b>	✓	✓	✓			<b>t.2.3-12-ee03-T</b>	<b>La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la checklist.</b>	✓		
<b>Crit.2.3-10-ee07-OBS</b>	<b>L'équipe connaît et applique les prérequis à l'hygiène des mains : non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. L'équipe connaît et applique la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation et privilégie la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon.</b>	✓	✓	✓	règles hygiène		<b>Crit.2.3-12-ee04</b>	<b>Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.</b>	✓		
<b>Critère n° 2.3-11</b>	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires						<b>t.2.3-12-ee05-T</b>	<b>L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la checklist. Si il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place</b>	✓		
<b>Crit.2.3-11-ee07</b>	<b>L'environnement du patient est propre</b>	✓	✓	✓			<b>Critère n° 2.3-13</b>	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables			
<b>Crit.2.3-11-ee08-OBS</b>	<b>L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protections individuelles et ne porte pas le masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) immédiatement après le geste, change de gants entre deux patients ; ne porte pas de surblouse hors des chambres.</b>	✓	✓	✓			<b>t.2.3-13-ee01-T</b>	<b>L'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections.</b>	✓		
<b>Crit.2.3-11-ee09-OBS</b>	<b>Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée.</b>	✓	✓	✓			<b>t.2.3-13-ee02-T</b>	<b>Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux réutilisables et des équipements de désinfection et de</b>	✓		
<b>Critère n° 2.3-15</b>	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires						<b>Crit.2.3-13-ee03</b>	<b>Les professionnels chargés de la désinfection sont formés.</b>	✓		
<b>Crit.2.3-15-ee04-OBS</b>	<b>L'équipe porte une coiffe, un masque à usage médical et une tenue (tunique, pantalon, chaussures étanches) strictement dédiée au bloc opératoire.</b>	✓	✓				<b>t.2.3-13-ee04-T</b>	<b>La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée</b>	✓		
<b>Crit.2.3-15-ee05-OBS</b>	<b>L'équipe ne porte pas le masque en collier autour du cou, une barbe non protégée, des bijoux aux mains et/ou aux poignets, une tenue non dédiée au bloc.</b>	✓	✓				<b>Critère n° 2.3-14</b>	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates			
<b>Critère n°3.6-04</b>	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés						<b>t.2.3-14-ee04-T</b>	<b>L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs intravasculaires.</b>	✓		
<b>Crit.3.6-04-ee09-OBS</b>	<b>Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène</b>	✓	✓	✓			<b>t.2.3-14-ee05-T</b>	<b>L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée et les connaît</b>	✓		

Exemple d'outil : carte mentale

## Prise en Charge DU PATIENT :

- Prise En Charge Medicamenteuse : formalisation des procédures, formations, REMED, armoires et chariots de distribution
- Douleur (audit dossier patient, casque hypnose virtuelle, développement compétences internes thérapeutiques non médicamenteuses)
- Nutrition (actions de sensibilisation et formation des équipes soignantes)
- Personne en fin de vie ( promotion de la culture d'accompagnement avec appui sur EMSP, collaboration avec bénévoles)

## GESTION DES DONNEES PATIENT

- Déploiement DPI sur l'ensemble du secteur
- Améliorer la conformité de la lettre de liaison
- Resensibiliser les professionnels (formation, audits)
- Consolider le suivi d'indicateurs

## PARCOURS PATIENT

- Sortie : anticipation et organisation
- Urgences et soins non programmés déploiement Dossier Patient Informatisé urgences, Ouverture d'une nouvelle unité de médecine polyvalente pour améliorer l'aval
- PEC des UVIH : évaluation, correction et réévaluation
- Escarres : protocole d'évaluation et harmonisation des outils
- Evolution du parcours urgences psychiatriques adultes
- Evolution du parcours adolescent avec troubles du comportement
- Elaboration et mise en œuvre parcours COVID-19 (MIR/SAU/médecine/etc.)
- Développement des filières au sein du GHT (neuro/cardio/cancéro/femme-enfant/personnes vulnérables)

## MANAGEMENT Qualité / Gestion Des Risques

### Organisation de la démarche août 2019

- PILOTAGE : Réorganisation: remise en place d'un système qualité ADAPTE
- Définition de l'ORGANISATION : CRIQ, CRIQé, appui sur l'encadrement de terrain (référents), recomposition équipe Qualité / Gestion Des Risques
- Améliorer les OUTILS : FEI , Développement et simplification de l'accès à la Gestion Electronique des Documents, traçabilité de l'impression documentaire
- FORMER et INFORMER : Formation flash des professionnels ; implication dans les analyses de cause, Communication adaptée (Qualidoscope, instances, réunions cadres, etc)
- USAGERS : Améliorer les mesures de satisfaction et écoute
- Gestion Des Risques :
  - o Développer RMM et CREX
  - o Améliorer la gestion des Evénements Indésirables
  - o Structurer la remontée et descente d'informations
  - o Poursuivre processus de certifications spécifiques (ESMS, labo territorial)
- Préparation de la certification (rencontre équipes, stand-up meetings, CQ, PAQSS,etc,)

## RESPECT des DROITS du PATIENT, écoute USAGERS

- Bientraitance : formation institutionnelle, formation chemin clinique (approche de la personne soignée dans son unicité), valeurs affichées
- Implication des RU (participation au CRIQé, semaine sécurité, contribution aux documents institutionnels, etc.)
- Bonnes pratiques : EPP contention (prescription, évaluation et information)
- Repositionnement du service social auprès des équipes

## MANAGEMENT DES RESSOURCES

- QVT (refonte du document unique, amélioration matérielle des conditions de travail, réactualisation en cours du guide de gestion du temps de travail, accompagnement des équipes et de l'encadrement notamment sur les réorganisations, prévention des TMS / formation PRAPPS, dotation de matériel électrique pour le service transport patient, accueil nouveaux arrivants et tutorat, fidélisation, semaine « aux p'tits soins »)
- Système d'informations : poursuite et déploiement DPI / évolution des fonctionnalités DPI (HCL)

## RISQUE INFECTIEUX

- Gestion de la pandémie à SARS COV 2 (accompagnement des équipes, procédures, affichage, cartographie, suivi épidémiologiques des données du Drive),
- Reprise progressive des missions habituelles pendant la période estivale puis seconde et troisième vague liée à la Covid 19
- Reprise des activités classiques (procédures, évaluation, formation, surveillance, information, réunions correspondant hygiène, .....)

# Exemple de résultats « Patients traceurs »

Après analyse des résultats d'audit nous constatons :

Point +	Point à améliorer
L'explication des traitements au patient	Fermeture provisoire des collecteurs OPCT
Satisfaction du patient dans sa globalité : prise en charge, enquête de satisfaction	Améliorer l'évaluation, la réévaluation et la traçabilité de la douleur dans le dossier patient
La tenue professionnelle	Apporter des explications lors de la distribution du livret d'accueil
Recueil de la personne de confiance / consentement	Développer davantage l'information donnée au patient sur les directives anticipées, la personne de confiance

## 4. Organisation et mise en place du planning de visite

La HAS nous a proposé un calendrier de visite prévisionnel

### Le programme de visite du 15 au 18 juin 2021:

20 patients traceurs

8 parcours traceurs

15 traceurs ciblés

9 audits système

5 experts présents tout au long de la visite et 2 experts dédiés pour les patients traceurs présents sur 2 jours

## 5. Déroulement de la visite de Certification



## 6. Les résultats



Le patient

94%



Les équipes de soins

96%



L'établissement

84%

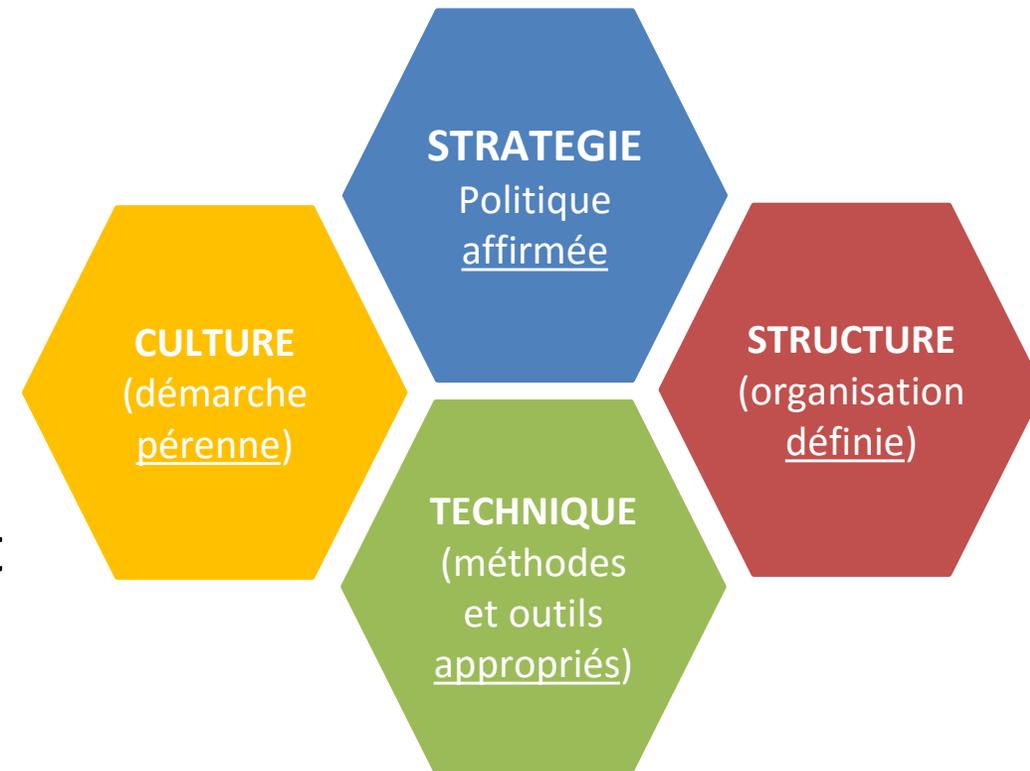
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel :

91,20 %

**DECISION**



- **A**ffirmation de la politique
- **D**éfinition de l'organisation
- **A**ppropriation des méthodes et outils
- **P**érennisation de la culture qualité risques
- **T**errain avec une approche utilisateur/client
- **E**fficace car centré sur le résultat





## 7 . Conclusion

Résultats obtenus grâce à l'engagement de tous :  
professionnels et usagers dans notre démarche  
continue de la Qualité.

**Satisfaction et fierté de tous**