



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER LES
CHANAUX**

**350 boulevard Louis Escande
71018 Macon**

JUILLET 2019

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	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	13
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	14
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	24
PARCOURS DU PATIENT	29
DOSSIER PATIENT	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	42
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	63
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	68
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	74
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	79

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

CENTRE HOSPITALIER LES CHANAUX	
Adresse	350 boulevard Louis Escande 71018 Macon
Département / région	SAONE-ET-LOIRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS618	GCS STERILISATION CENTRALE DU POLE SANTE DU MACONNAIS	Centre hospitalier 350 boulevard Louis Escande 71018 MACON
Entité juridique	710780263	CENTRE HOSPITALIER DE MACON-LES CHANAUX	350 boulevard Louis Escande 71018 Macon
Etablissement de santé	710977323	CH DE MACON-CATTP MÂCON	Rue Kennedy 71000 Macon
Etablissement de santé	710977653	CH DE MACON-CMP PARAY LE MONIAL	Zac du pré des angles 71600 Paray-Le-Monial
Etablissement de santé	710972668	CH DE MACON - HDJ PSYCHIATRIE ADULTES	Zac du pré des Angles 71600 PARAY LE MONIAL
Etablissement de santé	710780164	CH DE MACON-HURIGNY HDJ PÉDOPSYCHIATRIE	Chateau de la Garenne 71871 Hurigny
Etablissement de santé	710011578	CH DE MACON-CMP ENFANTS	86 bis rue Rambuteau 71000 MACON
Etablissement de santé	710977331	CH DE MACON- APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES	162 rue Rambuteau 71000 Macon

Etablissement de santé	710973413	CH DE MACON-CMP ENFANTS	Zac du pré des Angles 71600 Paray-Le-Monial
Etablissement de santé	710011560	CH DE MACON-CMP MÂCON	Rue Kennedy 71000 Macon
Etablissement de santé	710978289	CENTRE HOSPITALIER LES CHANAUX	350 boulevard Louis Escande 71018 Macon
Etablissement de santé	710972423	CH DE MACON-SLD	334 rue des Epinoches 71000 Macon
Etablissement de santé	710780297	CH DE MACON-BEL AIR SSR	Rue Chailly-Gueret 71000 Macon
Etablissement de santé	710973918	CH DE MACON-CATTP PARAY	Zac du pré des Angles 71600 Paray-Le-Monial

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
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	75	/	20	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	35	/	/	/	/
MCO	Médecine	316	62	/	8681	11919
Santé mentale	Psychiatrie générale	80	14	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	10	/	/	/
SLD	SLD	79	/	/	/	/
SSR	SSR	60	16	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Groupement Hospitalier de Territoire de la Bourgogne Méridionale (Centres Hospitaliers de Mâcon, Paray-le-Monial, Tournus, Cluny, Tramayes, Charolles, La Clayette, Marcigny et Bourbon-Lancy) Réalisé, dates : 02/10/2016
Domaine : Coopération sur le territoire sud de la Saône et Loire
GCS de Stérilisation Centrale du Mâconnais avec la Polyclinique du Val de Saône Réalisé, dates : 01/02/2006
Domaine : stérilisation
GIE IRM de Mâcon avec les radiologues libéraux (SCM IRM du Mâconnais) Réalisé, dates : 05/12/2011
Domaine : Equipement d'IRM
GIE Blanchisserie Hospitalière SAUCONA avec des établissements hospitaliers de Gleizé et Belleville Réalisé, dates : 01/09/2011
Domaine : Blanchisserie hospitalière
GCS e-santé avec les établissements de santé de Bourgogne Réalisé, dates : 30/06/2009
Domaine : Maitrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information
GCS IFSI de Bourgogne avec l'Université de Bourgogne et les IFSI de Bourgogne Réalisé, dates : 04/02/2012
Domaine : IFSI (volet pédagogique)
GIP C-Page avec les établissements de santé à l'échelle nationale Réalisé, dates : 01/01/2003
Domaine : Système d'information de santé
Convention de coopération pour l'astreinte commune publique privée d'imagerie avec les radiologues libéraux du Mâconnais Réalisé, dates : 04/02/2012
Domaine : Imagerie médicale
Convention de coopération avec la Clinique Val Dracy, le CH de Chalon/Saône et le CHS de Sevrey pour la prise en charge des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie Réalisé, dates : 29/11/2012
Domaine : Hospitalisations sous contrainte en psychiatrie
Convention pour la constitution d'un réseau 3C (centre de coordination en cancérologie) pour le territoire du sud de la Saône et Loire avec la Polyclinique du Val de Saône, le Centre Hospitalier de Paray-le-Monial et le centre de radiothérapie ORLAM Réalisé, dates : 01/10/2012
Domaine : Coordination en cancérologie
Convention de coopération pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique avec l'Association Santelys Réalisé, dates : 2017
Domaine : Dialyse
Convention de coopération pour la gestion de la Maison Médicale de Garde avec l'Association des médecins généralistes de l'agglomération Mâconnaise Réalisé, dates : 2006
Domaine : Maison Médicale de Garde/gestion des urgences médicales
Convention de coopération avec le Centre Hospitalier de Paray-le-Monial pour la réalisation de l'activité d'Hospitalisation à Domicile Réalisé, dates : 2016
Domaine : HAD
Convention avec la Polyclinique du Val-de-Saône pour la réalisation des activités d'urologie et de réanimation Réalisé, dates : 2006
Domaine : urologie, réanimation
Conventions avec le CHU de Dijon dans le domaine de la cardiologie interventionnelle, de l'interprétation des EEG Réalisé, dates : 2009 et 2017
Domaine : cardiologie interventionnelle, EEG
Convention avec le Conseil Départemental de l'Accès au Droit et l'ordre des avocats du barreau de Mâcon pour l'accès au droit des patients des unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte du CHM Réalisé, dates : Mars 2018
Domaine : psychiatrie et accès au droit
Conventions de coopération avec les établissements médico-sociaux et les professionnels libéraux du territoire pour l'activité d'

Regroupement / Fusion	<p>HAD Réalisé, dates : Depuis 2010 Domaine : HAD Conventions de coopération avec les établissements médico-sociaux et la Polyclinique du Val-de-Saône pour l'activité de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs Réalisé, dates : Depuis 2010 Domaine : HAD Conventions avec deux sages-femmes libérales pour la formation et le suivi des IVG médicamenteuses Réalisé, dates : Octobre 2017 Domaine : Orthogénie</p> <p>Regroupement des activités d'HAD du CHM et du CH de Paray-le-Monial sous la responsabilité du CHM avec le maintien des 2 antennes depuis septembre 2015</p> <p>Création du GHT de la Bourgogne Méridionale en octobre 2016 et exercice depuis cette même date des fonctions d'établissement support par le CHM</p> <p>Exercice de la direction par intérim des CH de Paray-le-Monial, Charolles, La Clayette et Marcigny depuis le 01/04/2018 et de Bourbon-Lancy depuis le 01/05/2018 avec objectif de pérenniser cette organisation en direction commune en 2019</p>
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<p>Créations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité d'Hébergement Renforcé depuis janvier 2018 - Hôpital de jour d'addictologie depuis 2013 - SSR neuro-locomoteur en Hôpital de Jour depuis 2016

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 :
- la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

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

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Pneumo Onco	Infection bronchique	Urgences	Complexe	MCO
2	Adulte	Médecine Ambu	Chimio	Programmé	Simple	MCO
3	Personne âgée	Chirurgie ortho - urgences - bloc	Fr col du fémur	Urgences	complex	MCO
4	Adulte	Chirurgie ambu	Ménisque	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte	Gynéco Obst	Utérus cicatriciel	Programmé	Complexe	MCO
6	Personne âgée	SSR	Artériopathie	Programmé	Complexe	SSR
7	Adulte	Psy Générale	Schizophrénie	Urgences	Simple	Santé mentale
8	Enfant	Psy Infanto	Bipolaire	HC	Complexe	Santé mentale
9	Personne âgée	SLD	Polypathologie	EHPAD	Complexe	SLD
10	Adulte	HAD	K sein métastasé	Programmé	Complexe	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

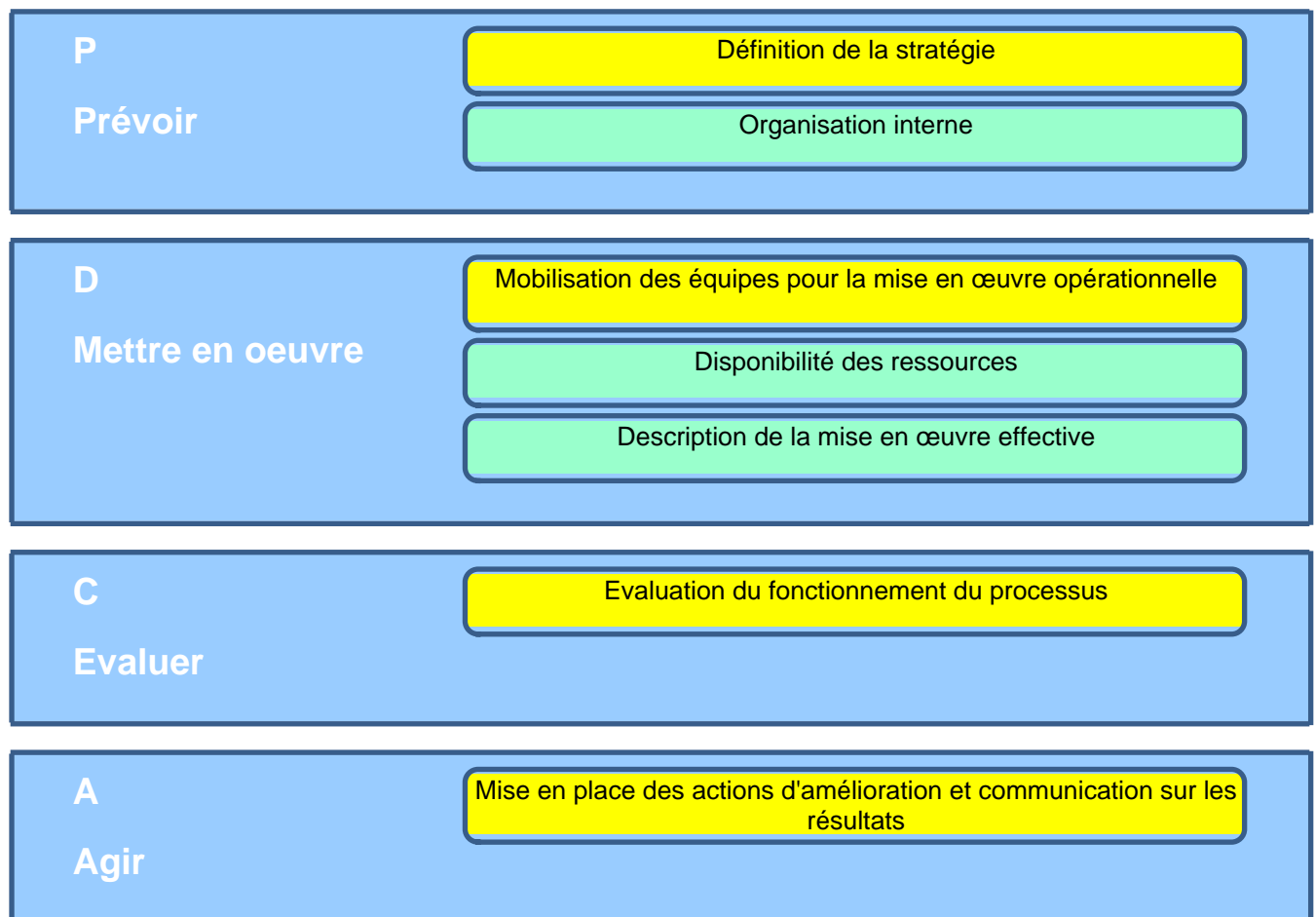
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La mise en place de la communauté hospitalière puis du GHT Bourgogne Méridional, a amené le centre hospitalier de Macon (CHM) à prioriser les travaux en lien avec le projet médical et de soins partagé. Celui-ci définit 12 parcours de soins prioritaires sur le territoire et intègre la démarche qualité au périmètre du GHT (axe 3 du projet de soins). Le projet régional de santé a été validé en mars 2018. A partir du PMSP, le CHM -établissement porteur du GHT - a prévu de décliner son futur projet.

Dans ce contexte, la politique qualité sécurité des soins actuelle repose sur un recueil des besoins et une analyse des risques de l'établissement pour l'ensemble des secteurs à risque et des thématiques en lien avec les objectifs établis dans le projet d'établissement 2009-2013, encore en vigueur : assurer la continuité entre chaque certification, améliorer l'information relative à la prise en charge du patient, améliorer la sécurité des risques auxquels sont soumis patients et professionnels. Elle repose également sur les valeurs partagées au sein de l'établissement : professionnalisme (promotion du développement professionnel continu, développement des indicateurs, politique de formation adaptée), respect des personnes (droit des usagers, démarche éthique, respect des professionnels) et sécurité des soins (identification et analyse des risques et des EI, sécurité de la prise en charge médicamenteuse, travail en équipe).

La politique est proposée par le comité de pilotage QGDR après concertation du Directoire. Intégré à la politique qualité, l'établissement a défini des modalités d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles avec la mise en place d'une commission DPC visant à encourager le développement des démarches EPP et leur pérennité. La démarche qualité est validée par les Instances et déclinée dans un programme d'actions qualité sécurité des soins – PAQSS -(893 actions au moment de la visite) comportant des objectifs identifiés, des priorisations et un calendrier de mise en œuvre. De ce PAQSS sont extraites des actions qui constituent le programme qualité intégré dans le compte qualité adressé à la HAS. Les données relatives aux résultats des certifications précédentes, aux événements indésirables déclarés, aux indicateurs, aux visites de conformités, ainsi que les plaintes et réclamations et les cartographies des risques a priori ont été prises en compte pour cette évaluation. Les pilotes des différentes thématiques, appuyés par l'équipe qualité et des professionnels référents ont constitué des groupes pluridisciplinaires pour l'identification, la hiérarchisation des risques et les propositions d'actions de prévention ou d'atténuation.

Cependant, l'établissement ne dispose pas d'une stratégie reposant sur une vision exhaustive et une analyse structurée de ses risques pour un grand nombre de processus. La stratégie qualité gestion des risque et le compte qualité n'ont pas été établis sur la base des risques identifiés comme prioritaires par l'établissement mais essentiellement sur la base d'écarts de la précédente certification. Cette situation se retrouve dans plusieurs processus tels que le parcours, le médicament, les urgences, l'imagerie interventionnelle ou encore le bloc opératoire.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par un Comité de pilotage Qualité gestion des risques, pour la mise en œuvre opérationnelle, la priorisation des risques le suivi, la validation du compte Qualité. Il est composé du Directeur, du président de la CME, du directeur des soins, du Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), du coordonnateur du groupe action qualité (GAQ), du référent qualité du circuit du médicament, des pilotes de processus, du directeur qualité et des ingénieurs de la cellule qualité. Son organisation et ses missions sont formalisées dans un règlement interne.

La cellule qualité est chargée de la mise en œuvre de la politique et d'élaborer et suivre le programme et le PAQSS en lien avec les pilotes des thématiques de la Certification HAS, à partir des actions ciblées comme prioritaires et devant intégrer le compte qualité.

La cellule qualité est composée :

- Du Directeur Qualité
- Du médecin coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) membre du Directoire
- Des 2 ingénieurs QGDR
- D'une assistante qualité

Les réunions de la cellule qualité sont hebdomadaires.

Le Groupe Action Qualité –GAQ- (composé de médecins dont le CGRAS, de soignants aidés du qualicien) est mis en place sous la responsabilité du directeur et du président de la CME. Ce groupe a pour mission de participer à la mise en œuvre des RMM, des CREX et des patients traceurs. Un bilan annuel est réalisé et transmis en Commission Médicale d'Etablissement et en Copil qualité et gestion des risques.

La commission d'évaluation des pratiques professionnelles est chargée de la stratégie de développement des démarches d'EPP. La priorité est de valoriser l'existant afin de constituer les programmes DPC. Elle s'appuie notamment sur la Cellule Qualité et sur le Groupe action Qualité. Elle s'est réunie 2 fois en 2018.

70 EPP sont déployées sur l'établissement (42 démarches pérennes et 28 démarches à caractère ponctuel) Afin de diffuser la culture qualité et de sécurité des soins, le responsable de structure interne, le responsable administratif, technique et logistique et le cadre de santé sont identifiés comme référents qualité. L'organigramme de la gouvernance et des interfaces entre la Cellule qualité gestion des risques et le coordonnateur des risques associés aux soins avec les différentes instances et services est en place et présenté dans le manuel « qualité et sécurité des soins ». Il indique notamment les relations avec les différents comités de l'établissement, les chefs de pôles, les référents qualité, les responsables processus, les vigilances, la CDU. Les modalités de mise en œuvre du PAQSS sont précisées pour la plupart des actions : Objectif, thématique associée, intégration au Compte Qualité, moyens/ressources, pilote, mesure d'impact, faisabilité, niveau de priorité, date de début, échéance, modalités de suivi, état d'avancement, date de réalisation, résultats obtenus. Le plan blanc et les situations de crise hors plan blanc sont identifiés, les procédures rattachées sont formalisées. La coordination des dispositifs de vigilances est organisée. Une cellule opérationnelle des vigilances et des risques est effective piloté par le médecin coordonnateur des risques. Des référents pour chaque vigilance sont nommés et organisent le suivi de leur activité. Les comités sont en place comme le CLIN, CLAN, CIV et le Csth. Ces comités sont fonctionnels et présentent un bilan d'activité et des objectifs chaque année à la CME. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur la démarche qualité sécurité des soins (ex : publication interne, réunions d'encadrement -, réunions CME, réunion de la cellule qualité avec les trinômes de pôle, diffusion du PAQSS dans la GED par la cellule QGDR) Le plan de formation de l'établissement propose une formation des professionnels à la démarche qualité de 2 jours et des formations à la culture sécurité. La coordination des dispositifs de vigilances est organisée. Une cellule opérationnelle des vigilances et des risques est effective piloté par le médecin coordonnateur des risques. Des référents pour chaque vigilance sont nommés et organisent le suivi de leur activité. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des points qualités hebdomadaire sont réalisés en cellule QGDR. Une participation systématique d'un membre de la cellule QGDR est organisée pour toutes les instances de l'établissement et groupes de travail autour de la qualité et des risques (démarche a priori ou a posteriori, Patient traceur) afin de permettre une sensibilisation des professionnels. Dans les pôles, le responsable de structure interne, et le cadre de santé sont identifiés comme référents qualité. Ils ont pour missions de sensibiliser les professionnels à la démarche qualité, les informer des actions en cours sur leur secteur, des nouveaux documents (procédures, protocoles...), d'organiser et suivre les évaluations spécifiques au service et faire remonter à la cellule qualité les difficultés rencontrées. L'encadrement s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.) lors des audits de pratiques ou au quotidien. Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements constaté. Le dispositif de déclaration des EI est opérationnel et connu des personnels.

Néanmoins La stratégie de développement d'une culture qualité et sécurité n'est pas opérationnelle. Le COPIL QGDR fonctionne avec le trio de pôle mais il n'existe pas de stratégie définie pour sensibiliser les professionnels à la culture qualité –gestion des risques : l'acculturation et l'implication des professionnels sur le terrain est très hétérogène et l'information des professionnels sur l'impact de la politique qualité sécurité des soins sur leur propre secteur est partielle, affectant ainsi leur mobilisation dans la démarche QGDR. Les objectifs et les indicateurs, validés par la direction à l'échelle de l'établissement (PAQSS), ne sont pas déclinés dans tous les secteurs d'activité. Dans les secteurs cliniques visités, si des objectifs sont connus, ils ne sont pas toujours en lien avec le PAQSS de l'établissement. La connaissance des objectifs reste limitée à l'énoncé d'une thématique, qui est par ailleurs quelquefois maîtrisée (traçabilité de l'IMC ou de la douleur dans des secteurs où elle est déjà satisfaisante, thématique hygiène sur les secteurs à risques). Ils ne connaissent pas les risques identifiés dans le Compte Qualité (ni les risques principaux de leur service). Par ailleurs, les pôles n'ont pas définis d'objectifs ni de tableaux de bord d'indicateurs qualité gestion des risques ; 6 pôles sont définis sur l'établissement mais il n'existe pas de contrat de pôles, ni d'objectifs sectoriels permettant de piloter la démarche qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels intervenant sur la qualité et la sécurité des soins sont formés à la méthodologie qualité gestion des risques nécessaire pour accompagner les professionnels des secteurs. Le bilan des formations 2018 est de 18 professionnels formés à la démarche qualité et de 3 professionnels formés au CREX. La gestion documentaire est réalisée avec un logiciel dédié (ennov) et connu des professionnels

rencontrés. La déclaration des EI est en place. Le système d'information est en place et adapté aux besoins des professionnels et la maintenance est assuré.

Cependant le dispositif de gestion documentaire n'est pas complètement opérationnel. Il existe dans certains secteurs des documents non validés par la qualité sur des supports numériques ou papiers non à jour et/ou non signés (Urgences et dialyse, etc.)

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels rencontrés connaît le dispositif de gestion des événements indésirables. La déclaration des événements indésirables est informatisée.

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour les différentes composantes de la qualité et de la gestion des risques.

Les cartographies de risque ont été réalisées dans les secteurs à risque et les secteurs de soins de façon multi professionnelle.

Des analyses systémiques sont réalisées avec l'aide des professionnels de la Cellule Qualité et gestion des risques et du CGRAS et des membres du GAQ si besoin. (17 CREX réalisés en 2018- 15 en 2017)

Des RMM sont déployées (9 réunions en 2018 et en 2017) excepté en chirurgie viscérale en 2018. Des analyses de risque sur le circuit du médicament sont réalisées (REMEDI-4 en 2018 et en 2017). Enfin 3 patients traceurs réalisés en 2018 en maternité et chirurgie ambulatoire et en pneumologie. Les RCP en oncologie et en chirurgie bariatrique sont effectives.

Les démarches d'évaluation intègrent des démarches de pertinences et de suivi d'indicateurs.

Le bilan des actions est suivi par le CGRAS et présenté annuellement aux pôles et à la CME.

Les vigilances réglementaires sont en place. La maîtrise du risque transfusionnel est effective avec la mise en place de référents pour l'hémovigilance par services de soins qui transfusent, et missions définies. Un règlement intérieur a été formalisé pour ce groupe afin d'impliquer les professionnels dans la sécurité transfusionnelle.

Le document unique est en place et réactualisé.

La veille réglementaire est disponible sous intranet. Le plan blanc et ses fiches actions sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire. L'accès aux coordonnées des agents en cas de situation de crise est accessible via l'intranet par les personnes autorisées (droits d'accès).

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un retour aux secteurs de soins ainsi que les questionnaires de sortie; ils sont exploités en lien avec la cellule qualité et le traitement des événements indésirables.

Un suivi des résultats des questionnaires de satisfaction est réalisé par la cellule qualité avec le suivi du taux de retour par service et par pôle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un grand nombre d'indicateurs est suivi par la cellule qualité Gestion des risques. En plus de l'ensemble des évaluations en lien avec les indicateurs nationaux (IQSS, TBIN, e satis, Hôpital Numérique), le suivi est réalisé avec les pilotes processus, le bilan des démarches EPP et patients traceurs, les éléments de plaintes et satisfaction des patients, les EIG. Les résultats sont présentés annuellement au trio de pôle adossé à un plan d'action QGDR qui fait également l'objet d'un suivi en terme de réalisation par thématique.

Cependant, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif structurée d'évaluation périodique des processus.

La cellule qualité présente annuellement à chaque pôle un tableau de bord incluant les IQSS, le bilan des EI et EIAS, le bilan des plaintes et réclamations, les résultats des questionnaires de sortie, les démarches EPP, les patients traceurs, l'analyse processus, néanmoins il n'existe pas de dispositif d'évaluation structuré qui permette d'évaluer l'ensemble des actions afférentes à la thématique MQGDR.

Il n'a pas été retrouvé pour l'ensemble des thématiques de tableaux de bords d'indicateurs récurrents qualitatifs et quantitatifs et suivis de façon annuelle et pour certains services il n'existe pas de démarche d'évaluation structurée (hôpital de jour de pédopsychiatrie...). Des actions identifiées depuis la visite initiale V2014 n'ont pas été traitées ou pas évaluées (intimité, dignité, circuit bloc obstétrical, sensibilisation des prescripteurs à l'EPO, structuration du dispositif d'évaluation).

A / AGIR

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

Le PAQSS est suivi et réajusté en COPIL qualité tous les ans. La communication est réalisée auprès des trios de pôle, des cadres, et des usagers (CDU). Le bilan annuel des EI fait l'objet d'une diffusion via la base documentaire institutionnelle.

Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue de l'ensemble du management de la qualité. Des actions d'amélioration sont réalisées par secteurs ou par pôle mais pas toujours formalisées et pas toujours intégrées à un programme d'actions de l'établissement. Des objectifs d'améliorations sont définis dans certains groupes ou services mais pas connus par l'ensemble des acteurs pour servir de pilotage du processus d'amélioration de la qualité gestion des risques de l'établissement (maternité, hémodialyse, éducation thérapeutique, néonatalogie, USLD, etc.).

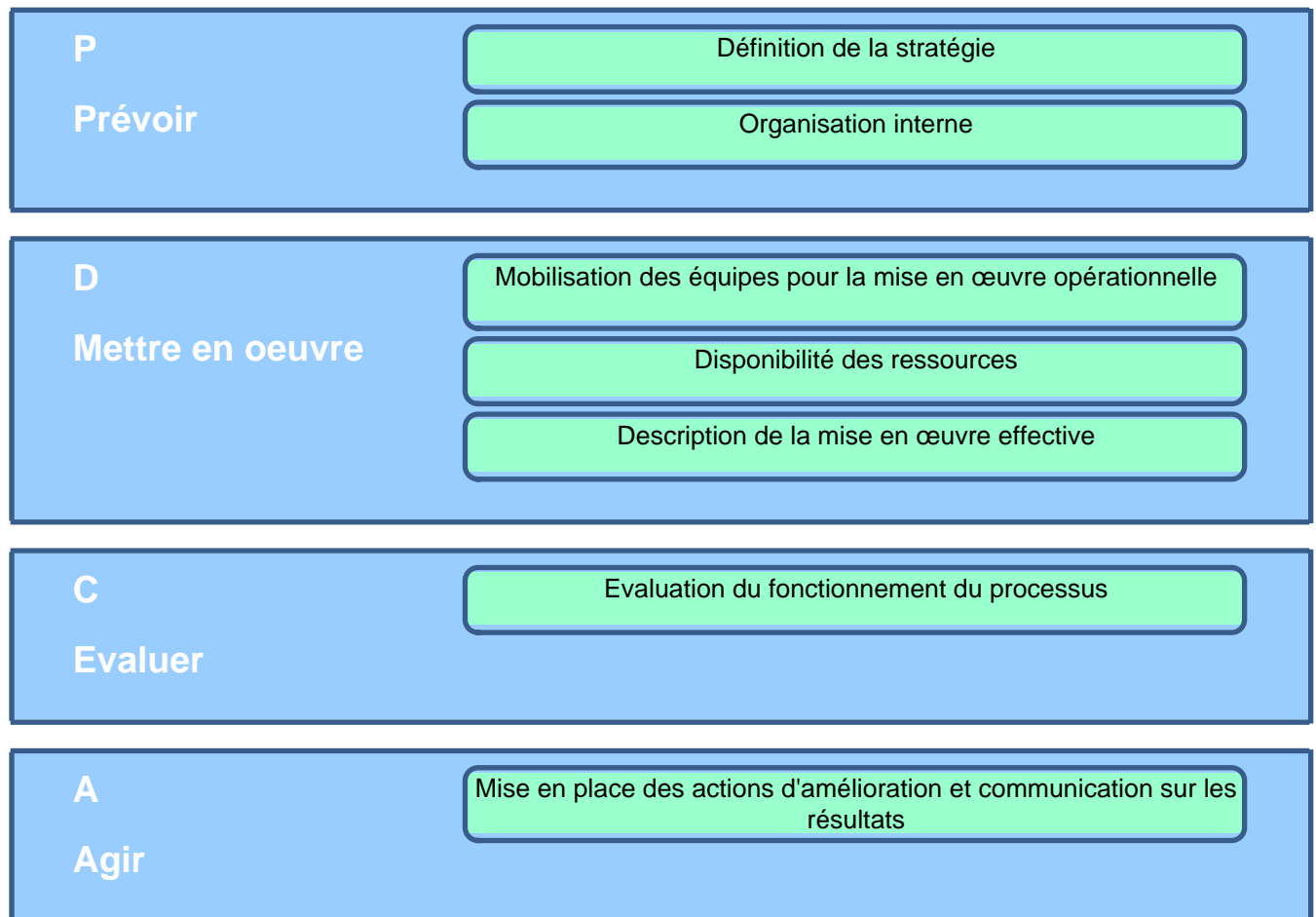
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion du risque infectieux du CHM est fondée sur le diagnostic du risque infectieux au sein du CHM au regard de ses missions, de ses différentes activités de soins, des orientations nationales et notamment du PROPIAS de juin 2015, des exigences de la HAS dans le cadre de la certification et intègre également les attendus relatifs au contrat d'amélioration de la qualité en établissement de santé (CAQES) signé avec l'ARS et la CPAM ; 4 grands axes stratégiques sont définis : prévention des infections associées aux soins pour les patients et les professionnels, promotion du bon usage des anti-infectieux avec prévention de la résistance aux antibiotiques, formation des acteurs et information des patients.

Cette stratégie est validée par les instances concernées (CLIN, CME, COPIL Qualité, CSIRMT). Elle s'appuie sur une identification et une analyse des risques, en lien avec les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN), les fiches d'événement indésirable, les résultats d'audits, les résultats de la certification. Cette analyse a été réalisée par les infectiologues, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), les pharmaciens, le microbiologiste et l'ingénieur qualité.

Les dispositifs de maîtrise des risques priorités sont décrits dans le compte qualité. Les modalités de suivi des actions sont définies : responsables d'action, échéance et indicateur de suivi.

Cette politique s'accompagne d'une politique de bon usage des antibiotiques fixée en commission des anti-infectieux (définition des antibiotiques admis au livret et antibiotiques à dispensation contrôlée). Enfin un programme de prévention des IAS est établi et validé par le CLIN

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la maîtrise du risque infectieux est confié au médecin infectiologue, président du CLIN. Il est assisté par les membres du CLIN et sur le terrain par l'EOH. Il existe un règlement intérieur du CLIN. Une organisation est effective entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, membre du CLIN et l'EOH pour maîtriser le risque infectieux en concertation avec la CME.

Les rôles et les responsabilités du personnel sont précisés dans des fiches de poste et de missions.

Le temps dédié à l'hygiène et au risque infectieux sur le terrain est de 2 ETP d'IDE hygiéniste, de 1 ETP de praticien en hygiène pharmacien, d'un ETP bio hygiéniste, et d'un ETP secrétaire. Des correspondants en hygiène (IDE, AS, ASH, sage-femme, préparateur en pharmacie, manipulateur en électroradiologie) dans chaque secteur ont pour mission d'effectuer un relais d'informations. Le CLIN se réunit en moyenne 3 fois par an. L'EOH se réunit également de manière très régulière.

Le « projet infectiologie » validé en CME et au Directoire vise à formaliser une UF d'équipe opérationnelle d'infectiologie avec les 3 praticiens référents du CHM, un pharmacien (président du COMAI) et un praticien bactériologiste. Les priorités sont de promouvoir le bon usage des antibiotiques par un renforcement du conseil auprès des professionnels, l'amélioration de la traçabilité dans le DPI, la formation des praticiens prescripteurs et le développement de l'évaluation, avec à terme un élargissement des missions sur le GHT.

Enfin la collaboration de l'équipe EOH avec la médecine du travail est effective notamment dans le cadre de la mise en œuvre des équipements de protection individuelle et le suivi des AES.

L'établissement prévoit les ressources humaines et les moyens matériels pour permettre la lutte contre les infections nosocomiales. Les nouveaux arrivants bénéficient d'information sur la politique hygiène dans le cadre des journées d'accueil. Des formations à destination des internes sont mise en place avec le praticien hygiéniste pour chaque semestre (avec information sur les BMR et les BHRé), formations également sur l'outil informatique d'aide à la prescription des précautions complémentaires (mis à jour par le praticien de l'EOH en collaboration avec les infectiologues, le pharmacien et le microbiologiste.) .

Des réunions d'informations et de formations sont organisées par les IDE hygiénistes pour l'ensemble des référents en hygiène des services (présentation de nouveaux protocoles, nouvelles pratiques, résultats des indicateurs, résultats d'audits) Ces réunions donnent lieu a des comptes rendus diffusés aux référents, aux cadres et aux cadres supérieurs. Des formations ciblées pour les IDE (voie d'abord vasculaire) pour les AS et ASH (formation AES, précautions standards, hygiène environnementale, précautions alimentaires) sont également organisées par l'EOH annuellement. D'autres formations sont inscrites au plan de formation annuel et validées avec la Direction des soins.

Une conduite à tenir en cas d'AES est formalisée et affichée dans les services.

Des procédures et protocoles de surveillance sont élaborés et validés par le CLIN-EOH pour prévenir le risque infectieux : protocole de l'hygiène des mains, protocole « antiseptiques-désinfectants », protocole prévention des risques infectieux liés aux travaux, protocole gestion du risque Air-eau-Surfaces,

protocole de préparation cutanée de l'opéré, protocole « précautions standard », protocoles prestation repas...). L'ensemble des documents est dans la GED institutionnelle, connue des professionnels, et réactualisé.

Des équipements et matériels sont en place pour assurer la maîtrise du risque infectieux. La sécurisation du circuit des déchets est assurée. Des interfaces existent avec les services de soins, et la PUI.

Les conditions d'hygiène des locaux sont organisées avec un prestataire en lien avec l'EOH qui a rédigé le cahier des charges.

Les modalités de transmission de l'information d'une colonisation ou d'une infection d'un patient porteur d'une bactérie multi-résistante sont définies en lien avec le laboratoire de biologie, le président du CLIN et l'EOH, les services de soins. L'organisation prévoit l'information du patient sur le protocole mis en place, avec la remise d'un document d'information sur les précautions complémentaires pour lui et ses proches.

Le signalement externe des infections à déclaration obligatoire est organisé.

Le CHM dispose d'une démarche préventive pour la surveillance microbiologique de l'eau chaude sanitaire et de l'air au bloc opératoire et dans les services. La maintenance préventive et curative est organisée.

Le CLIN a mis en place un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques. Il s'est organisé pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'événement à risque infectieux majeur (annexe du plan blanc). Les circuits et interfaces sont organisés formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (pharmacie, services de soins, service qualité, laboratoires, services techniques).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats etc.). La déclinaison du plan d'action repose sur le travail des infirmières hygiénistes et de l'EOH qui sensibilisent régulièrement les équipes. Les responsables des services et les correspondants en hygiène assurent également le relai de l'information auprès des professionnels.

L'EOH réalise régulièrement des audits de pratiques (l'hygiène des mains notamment) pour évaluer la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Elle informe les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou des indicateurs).

Les professionnels et a fortiori les correspondants en hygiène présents dans chaque service, s'impliquent dans la lutte contre les infections nosocomiales. Ils déclarent les événements indésirables en lien avec le risque infectieux (10 FEI en 2018 en lien avec le risque infectieux)

Une démarche forte de sensibilisation sur l'hygiène des mains et utilisation des SHA, pilotée par l'infirmière hygiéniste l'EOH, a mobilisé les professionnels de tous services.

Des FEI en lien avec le risque infectieux sont réalisées (10 en 2018) celle-ci sont ré adressées par l'équipe qualité au pilote infectiologue pour analyse et traitement. Un CREX « infectieux » est en place (2 CREX réalisés en 2018).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées aux besoins des services. Les infirmières hygiénistes interviennent dans tous les services. Des correspondants en hygiène sont présents dans tous les services de soins et au bloc opératoire.

Les infirmières hygiéniste sont titulaires d'un DU en infections nosocomiales et hygiène hospitalière.. L'accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie est organisé avec des infectiologues joignables facilement par les praticiens.

Les professionnels soignants et les brancardiers sont régulièrement formés : formation pour les correspondants en hygiène, pour les nouveaux arrivants, formation au bionettoyage, hygiène des mains, formation en cas d'AES, précautions complémentaires, chambre des erreurs, etc.

Le personnel qui réalise le bionettoyage des locaux est formé. Les médecins sont sensibilisés au bon usage des antibiotiques et des formations des prescripteurs juniors et seniors sont en place (98 participants en 2018 et 13 en 2019). L'analyse pharmaceutique des prescriptions d'antibiotiques est ciblée par service, molécule ou contexte. La liste des molécules avec alerte réévaluation est définie. La délivrance des antibiotiques est nominative en dehors du renouvellement des dotations d'urgences des services.

Des solutions hydro-alcooliques (SHA) sont disponibles dans les chambres de patients et sur les chariots

de soins. L'Etablissement met à la disposition des professionnels du matériel sécurisé : cathéters rétractables, collecteurs de déchets adaptés. La surveillance vaccinale du personnel est assurée par le médecin du travail. Les protocoles et les procédures sont tous accessibles dans la gestion documentaire informatisée et actualisés. Un livret des antibiotiques est disponible également.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CLIN se réunit 3 fois par an. Les réunions donnent lieu à l'élaboration d'un compte-rendu qui est diffusé dans la gestion documentaire. Le CLIN et l'EOH coordonnent les actions sur le terrain. Le CLIN est sollicité en cas de travaux.

Les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont connues des professionnels et appliquées (l'isolement par exemple). Le dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est opérationnel et croisé avec les données du réseau régional Bourgogne Franche Comté. Les praticiens ont accès au guide de traitement en antibiothérapie via l'outil informatique ressource « E POPI » Les modalités de collaboration entre le référent antibiotique, le pharmacien et microbiologiste et l'infectiologue sont opérationnelles et formalisées dans le cadre d'une charte de collaboration.

Des alertes automatiques informatisées parviennent à l'EOH par le DIM pour les ré hospitalisation de patients à risques de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRé) et du laboratoire de biologie sur les BMR et les germes contagieux isolés par le laboratoire. Ces alertes favorisent l'anticipation des mesures à mettre en place pour organiser l'entrée du patient.

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure dans le dossier patient est en place au niveau du DPI. Une alerte via le DPI est visible au bout de 72 heures. Des audits sur cette thématique sont régulièrement réalisés.

Le nettoyage des locaux est tracé et évalué.

Les contrôles bactériologiques pour les surfaces, le linge, l'eau chaude sanitaire et l'air sont réalisés périodiquement et tracés. Le suivi des résultats par le CLIN-EOH est effectif et peut donner lieu à un plan d'actions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques sont assurés régulièrement sur la base d'indicateurs identifiés (tableau d'indicateurs) : les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN, ICSHA, ICALISO et ICATB), le taux de prévalence annuel des IN, le taux de conformité des prescriptions d'antibiotiques, le nombre de formations, etc. Les bilans LIN, tableau de bord des IN, sont en place.

Un suivi annuel de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportées à l'activité est réalisé par le pharmacien. Les évaluations et le suivi du bon usage des antibiotiques sont assurés et suivis par le pharmacien.

Une RCP sur les infections ostéo-articulaire est effective avec les infectiologues et les chirurgiens orthopédistes.

Des audits sur la réévaluation de l'antibiothérapie à J3 et J7 sont régulièrement réalisés

Des audits sur le lavage des mains, l'utilisation du SHA, les précautions contact, les précautions standards, les VVP sont réalisés régulièrement par l'équipe EOH.

Le Suivi des IAS est organisé mais aucune déclaration en 2018 ce qui a été intégré dans la cartographie des risques et priorisé par l'établissement avec décision d'un renforcement des messages et une aide de l'EOH auprès des équipes.

Les contrôles bactériologiques complètent cette surveillance.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont décidées en lien avec les résultats des indicateurs et des audits.

L'Etablissement a mis en place d'autres actions d'amélioration pour prévenir le risque infectieux en lien avec les risques identifiés et les résultats des évaluations. En parallèle PROPIAS permet de suivre des thèmes spécifiques. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires et permet la révision du programme d'actions du CLIN-EOH. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité de l'établissement qui fait l'objet d'une présentation annuelle aux Instances (CME, COPIL QUALITE CDU).

Les résultats des actions d'améliorations sont communiqués aux professionnels. Les IQSS sont affichés dans les services via le tableau de bord de la qualité et accessibles via le site internet de l'hôpital.

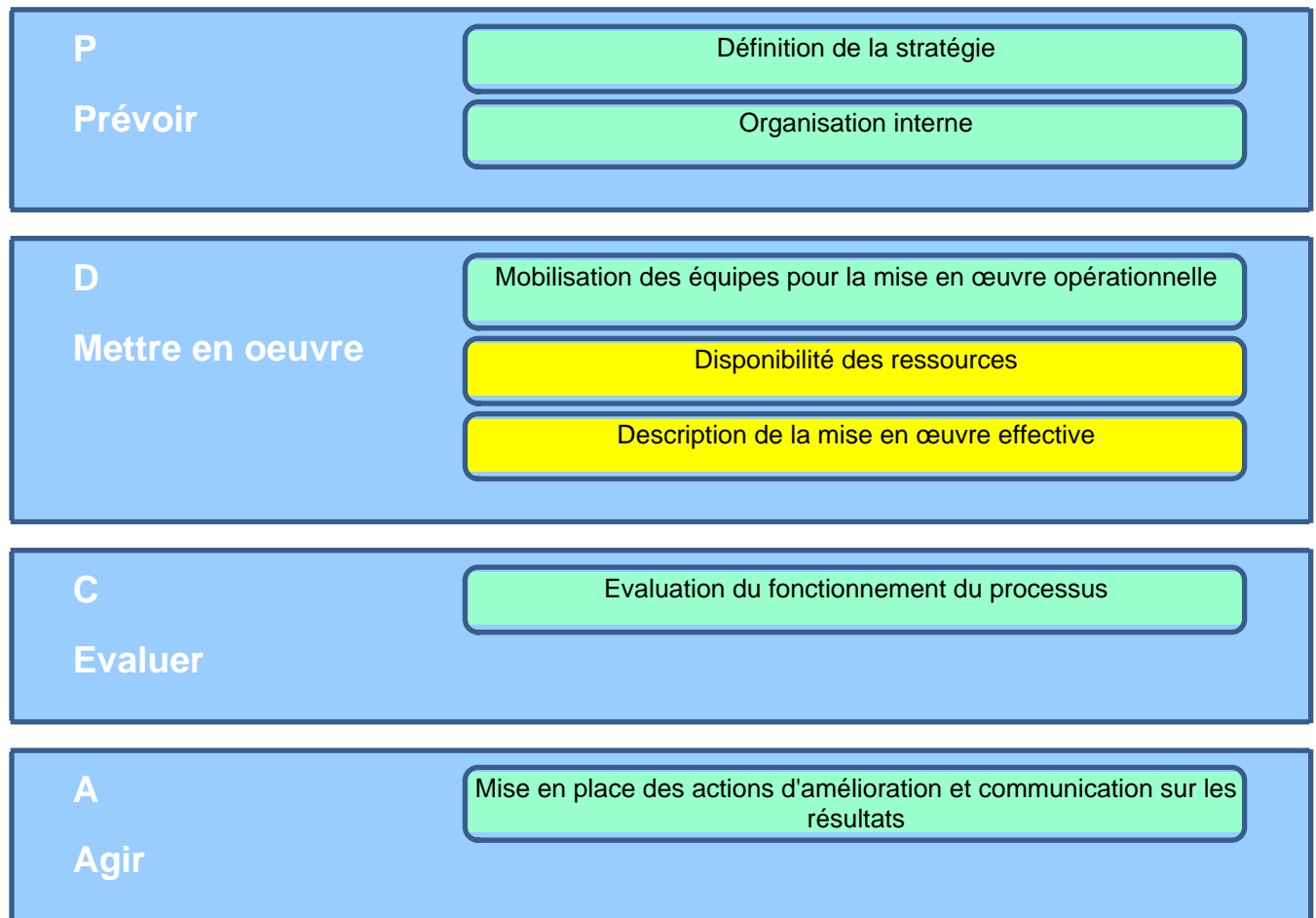
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique « droits des patients » (date d'application 11/06/2018) est écrite, elle renvoie aux valeurs et aux orientations stratégiques du Projet d'Etablissement (PE) 2009-2013 et au projet de soins du PE. La politique qualité de l'établissement mentionne comme valeurs et objectifs de « Veiller au respect des droits des usagers qui reste la raison d'être du CHM : droit à recevoir des soins de qualité, droit à l'égalité des soins et à l'information. » et de « Veiller au respect d'une démarche éthique dans les soins ».

Une analyse de processus a été réalisée en mobilisant diverses données tant quantitatives que qualitatives : Résultats de la précédente certification, IPAQSS, autres indicateurs (participation aux formations, nombre de paravents...), enquête de satisfaction des patients, 2 EPP, les Evènements Indésirables.

Cette analyse de processus a permis d'identifier 5 risques. Il y a 12 actions en cours et 2 actions non initiées.

L'analyse de la thématique a été réalisée par les pilotes et le COPIL opérationnel de la thématique appuyé par les « groupes de référents par critère » dont la composition est multidisciplinaire. Les orientations et objectifs ont été validés par le COPIL Qualité Gestion des risques et soumis aux instances.

Les groupes de travail « groupes de référents par critère » mis en place ont été constitués en fonction des critères V2010 de la thématique « Droits des Patients », un groupe par critère. Ils sont en charge de la déclinaison opérationnelle de la politique.

La politique a été communiquée aux représentants des usagers et aux instances pour avis.

ORGANISATION INTERNE

Les groupes de référents dont la composition est multi disciplinaire avec des représentants de différents services ont élaboré un certain nombre de documents afin d'organiser le respect des droits des patients. Ces documents sont accessibles dans la GED, il s'agit de chartes, procédures, mode opératoires, formulaires, pour exemple :

- Information du patient en cas de dommage associé aux soins (01/2018)
- Prendre en charge et signaler un fait de maltraitance au CH de Macon (hors EHPAD et USLD) (04/2015)
- Prise en charge et signalement d'un fait de maltraitance survenu au sein des EHPAD, USLD et Accueil de jour (04/2017)
- Charte de bientraitance dans les soins (11/2018)
- Respect de la dignité et de l'intimité (11/2018)
- Soins d'hygiène et de confort (11/2018)
- Accueil d'un enfant dont un parent est hospitalisé au service de réanimation polyvalente (08/2018)
- Accueil et accompagnement de l'entourage d'un patient / Résident (11/2018)
- Gestion des mesures de restriction de liberté (04/2015)
- Protocole de surveillance infirmier d'un patient en isolement thérapeutique avec ou sans contention
- Modalités de gestion des mesures de restriction de liberté en unité de soins hors service de psychiatrie (01/2019)
- Surveillance infirmière d'un patient porteur d'une contention physique en MCO

Des modalités de recueil de la volonté du patient, de conservation des directives anticipées, de la désignation de la personne de confiance sont définies. Le dossier patient informatisé permet la traçabilité du recueil de la personne de confiance et des directives anticipées.

Une organisation est pensée et mise en place dans les services afin de privilégier au maximum le droit des patients. C'est ainsi que des espaces dédiés ont été créés pour les patients et leur entourage, ex : services de néonatalogie, d'oncologie/néphrologie, de médecine interne / rhumatologie, l'Unité de Soins Palliatifs... et que des bureaux sont spécifiquement dédiés aux entretiens médicaux avec les patients et ou leur famille (ex : oncologie/néphrologie, médecine interne/rhumatologie...).

Plusieurs professionnels médicaux, non médicaux, soignants de l'hôpital participent au GREMM Groupe de réflexion en éthique médicale du Mâconnais.

Les usagers sont informés de leurs droits. Des dispositifs de communication/information sont mis en place au travers de nombreux supports, par exemple, les affichages de la charte de la personne hospitalisée, charte de la personne âgée dépendante, la personne de confiance, les directives anticipées, la bientraitance. Par le biais des livrets d'accueil, on retrouve la charte de la personne hospitalisée,

informatique et libertés, droit d'accès à votre dossier médical, droit d'accès aux documents administratifs, directives anticipées, personne de confiance, la possibilité de réaliser une réclamation ou saisine des médiateurs médicaux ou non médicaux. Chaque service possède un livret d'accueil spécifique à leur service (USLD/EHPAD, Néonatalogie, Pédiatrie, HAD, Unité de Psychiatrie...) avec la présentation du service, des équipes et les éléments pour préparer son hospitalisation etc. Le site internet du CH donne également les informations essentielles sur les droits des patients. Des « groupes d'expression » en USLD permettent 4 fois par an de réunir les soignants, les représentants des familles et les résidents.

Toutefois, il n'y a pas de personnel délégué au Règlement Général sur les Protections des Données. L'établissement ne s'est pas encore mis en conformité avec le RGPD. Il n'a pas désigné de délégué à la protection des données personnelles (RGPD du 25/05/2018) ni modifié les mentions légales sur l'ensemble des supports. Ce dysfonctionnement est connu de l'établissement et intégré à la cartographie des risques du système d'information.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Plusieurs actions de mobilisation du personnel aux droits des patients ont été organisées. En novembre 2018, il y a eu 2 journées de sensibilisation aux droits des patients (20 et 21 novembre 2018) avec des ateliers de mise en situation, des films, etc. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Dans les services, il y a l'affichage systématique de la composition de la CDU, des chartes et très souvent on trouve des affiches sur la personne de confiance et les directives anticipées.

Toutes les semaines la Directrice des soins a mis en place une réunion avec l'ensemble des cadres de soins. Sont abordés alors tous les sujets d'actualité relatifs aux droits des patients et le retour des FSEI.

Chaque semaine, un point d'une heure est consacré à passer en revue les EI, EIG, EIAS et EI récurrents notamment en lien avec la thématique Droits des Patients. La Direction des soins, la Direction qualité, le Coordonnateur Gestionnaire des Risques participent à ce point.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les services font régulièrement appel à des personnels de type assistante sociale, psychologue, à un pédopsychiatre (néonatalogie, pédiatrie), à l'EMASP (équipe mobile soins palliatifs)... Une Permanence d'accès aux soins (PASS) est disponible dans l'établissement. Depuis plusieurs années, le plan de formation comprend des formations relatives aux droits des patients et notamment « La bientraitance et la prévention de la maltraitance », « les droits des patients », « Ethique et soins », « information du patient en cas de dommages associés aux soins », « bonnes pratiques dans la contention physique », « l'annonce de maladies graves », « toucher empathique », « Prendre soin de la personne ». Lors des 2 journées d'intégration des nouveaux arrivants (1 fois par an), les droits des patients sont revus au travers de plusieurs approches. Les « groupes de référents par critères » ont intégré des professionnels des différents secteurs d'activité. Les professionnels des 3 services de psychiatrie adulte ont tous bénéficié de la formation « bonnes pratiques dans la contention physique ».

Des formulaires de recueil de la personne de confiance et des directives sont à disposition dans tous les services, des affichages dans les unités rappellent ce qu'est la personne de confiance, ce que sont les directives anticipées.

Des bureaux « médicaux » spécifiques pour les entretiens avec les patients et/ou les familles sont mis en place (ex : médecine interne/rhumatologie) ainsi que des lieux dédiés aux proches des patients (néonatalogie, pédiatrie, unité de soins palliatifs, USLD, SSR, médecine interne/rhumatologie).

Les chambres à deux lits sont équipées de rideaux de séparation ou de paravent permettant de respecter l'intimité des patients durant les soins.

Néanmoins, les conditions d'hébergement ne permettent pas de respecter l'intimité et la dignité du patient. En Unité Psychiatrie Réhabilitation Sociale (UPRS), il y a 4 chambres d'apaisement qui peuvent être occupées par des patients qui médicalement ne nécessitent pas de ce type d'hébergement, lorsque le service ne peut proposer d'autres chambres, (lors de la visite de terrain 2 chambres étaient occupées). Les portes sont alors laissées entre ouvertes afin que le patient occupant ne soit pas enfermé dans la chambre (pas de possibilité d'ouvrir la chambre de l'intérieur sans clé). Lors de la visite terrain, les patients avaient positionné une serviette sur la porte pour signaler leur présence dans la chambre. De plus, les hublots sur les portes des chambres n'étaient pas "obstrués" laissant ainsi la possibilité, depuis le couloir, de voir l'intérieur de la chambre.

Par ailleurs, aux urgences, les patients couchés ne sont pas séparés systématiquement par des paravents

et sont disposés en vis à vis, ce qui ne permet pas de garantir l'intimité. En SSPI, les paravents ne sont pas utilisés sauf pour certains soins particuliers. Aux urgences pédiatriques, le couloir tient lieu de salle d'attente. En endoscopie, la zone d'accueil des patients couchés non sous anesthésie générale est une zone traversée par les patients extérieurs qui se rendent en salle d'attente. L'établissement bénéficiait d'un copermo relatif à la modernisation de ses unités de soins. Les urgences adultes ont déjà fait l'objet d'une rénovation transitoire mais encore insatisfaisante à ce jour. Toutefois, il est bien prévu de réunir sur un même plateau les urgences adultes et pédiatriques afin d'améliorer les conditions d'accueil des patients et les conditions d'exercice des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La commission des usagers étudie les plaintes et réclamations, les demandes de dossiers médicaux, la satisfaction des patients, les éloges et est informée des événements indésirables. Un rapport annuel de la CDU est réalisé chaque année, il est accessible dans la GED. Des projets de vie en SSR et des projets personnalisés d'accueil et d'accompagnement en l'USLD sont mis en œuvre.

Cependant, les modalités de recueil de la personne de confiance ne sont pas toujours respectées. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est transmis au patient à l'entrée, il est recueilli et mis dans le dossier du patient mais il n'y a pas toujours la vérification de la signature de la personne de confiance, les personnels ne sachant pas toujours que la personne de confiance doit signer le formulaire. Lors des visites de terrain et des patients traceurs, plusieurs formulaires ont été retrouvés sans signature de la personne de confiance. Cela a été constaté en HAD, en médecine interne/rhumatologie et en chirurgie orthopédique.

Par ailleurs, les modalités d'information et de recueil des directives anticipées ne sont pas toujours connues. Lors des visites de terrain, en service de médecine interne/rhumatologie, il a été constaté qu'il n'y a pas d'information donnée sur la possibilité d'établir des directives anticipées, de recherche de recueil et/ou de recueil des directives anticipées.

Enfin, la liberté d'aller et venir n'est pas totalement respectée.

Des patients en hospitalisation libre sont hospitalisés en unité d'hospitalisation semi ouverte ou en unité d'hospitalisation fermée. Lors des visites terrain, il a été constaté que l'UPRS, service semi ouvert avec des horaires d'ouverture de 9h30 à 12h et de 14h30 à 18h, hébergeait des patients en hospitalisation libre même si à la demande des patients, les portes leur sont ouvertes. Lors d'un patient traceur, il a été constaté qu'une patiente en hospitalisation libre (précédemment en SPDT) est toujours hospitalisée dans l'Unité Psychiatrie Complexe, service fermé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus droit des patients par la mise en place de plusieurs modalités d'évaluation. Ces modalités sont le suivi de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie, e-satis), l'évaluation du recueil de la personne de confiance, le bilan annuel des FSEI, les EPP et notamment l'EPP « contention et isolement en psychiatrie » et EPP « RCP Vulnérabilité en périnatalité », le suivi du nombre de réclamations, d'éloges, de médiations.

L'évaluation de la mise en œuvre de la politique est réalisée via le suivi du plan d'actions et des indicateurs associés, lors de la revue périodique annuelle en lien avec le bilan annuel, du suivi et de l'actualisation du PAQSS, sur décisions du directeur ou du président de la CME, d'évolutions réglementaires, structurelles.

Cependant, il n'existe pas de dispositif d'évaluation structurée du processus Droits des Patients. Il n'y a pas de démarche structurée d'évaluation et de suivi des actions d'amélioration sur l'établissement. Lors des visites de terrain, il n'a pas été retrouvé de tableaux de bord, de suivi d'indicateurs, de suivi des actions d'amélioration mises en place sur l'établissement pour cette thématique. Les acteurs de terrain ne connaissent que les actions d'amélioration qui sont mises en place ou travaillées dans leur propre service.

A / AGIR

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

Les différents services travaillent à mettre en place des actions d'améliorations qu'ils ont défini en interne en fonction des groupes de réflexion qu'ils peuvent mener au sein de leur service ou avec d'autres services, partenaires (réseaux, PMI...).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

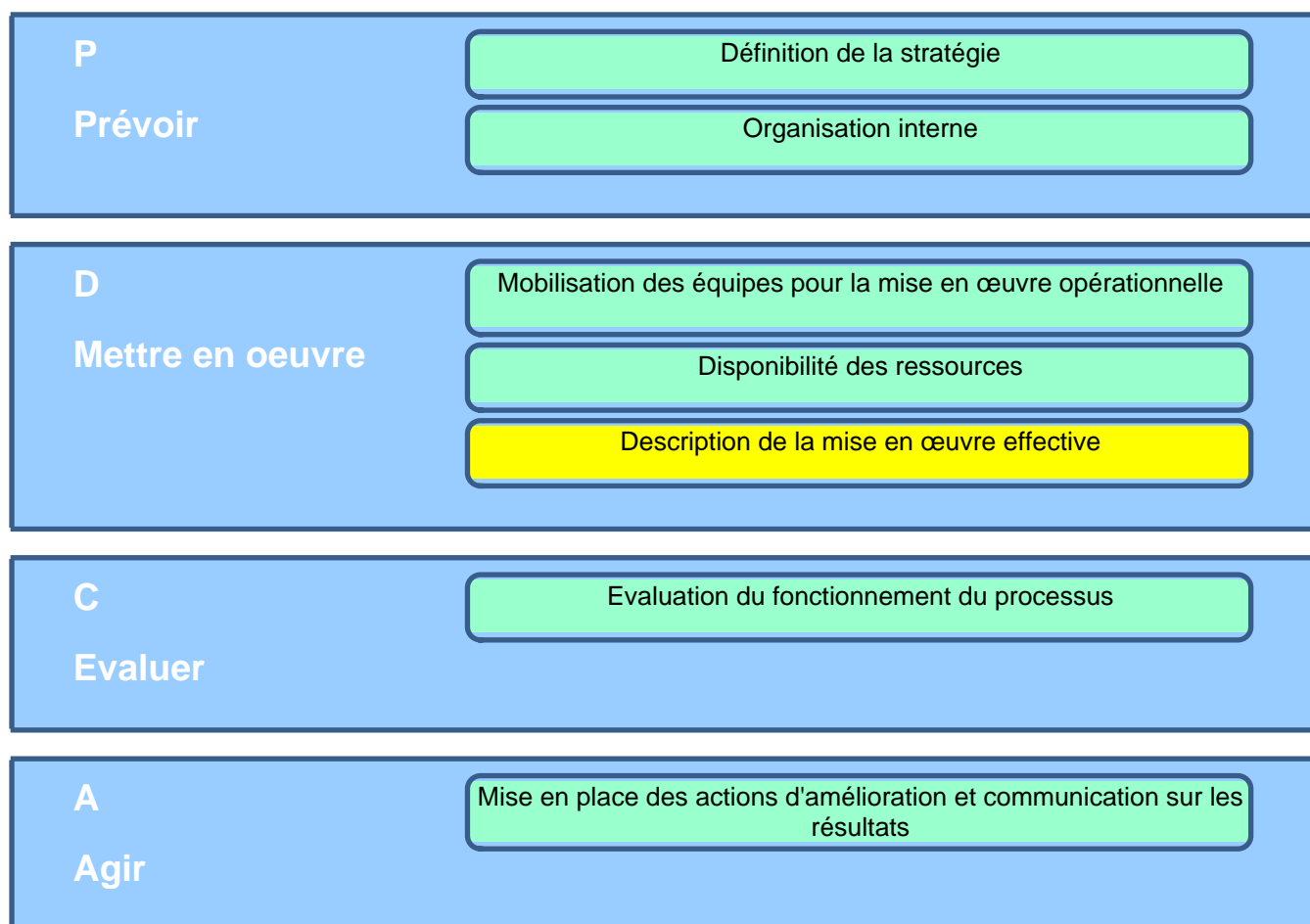
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Macon (CHM) est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Bourgogne Méridionale qui comprend 8 établissements répartis sur l'ouest du département avec les centres hospitaliers de Paray-le-Monial, Tournus, La Clayette, Charolles, Cluny, Tramayes, Marcigny et Bourbon-Lancy. Le CHM est composé de 4 sites principaux : Les Chanaux (regroupant le MCO – Dialyse et la psychiatrie adulte), Bel Air (SSR et Soins Palliatifs), Hôtel Dieu (USLD) et Hurigny (HDJ Pédopsychiatrie) ainsi que 5 sites CMP – HDJ sur Paray le Monial / Macon. Les prises en charge de l'établissement concernées par la certification et le parcours patient sont le MCO, HAD, Dialyse, USLD, SSR, Balnéothérapie et la psychiatrie (adulte et pédiatrique).

Le CHM a rédigé un CPOM 2013/2018, un Programme Régional de Santé (juillet 2018) et un Projet Médical Partagé (PMP) validé par l'ARS le 28 mars 2018 déterminant 12 filières de prise en charge (Personnes âgées, Soins palliatifs, Diabète, Prise en charge des addictions, Médecine et chirurgie ambulatoire, oncologie, Maladie cardiovasculaire, Neuro-AVC, Femme mère enfant, Urgences, Santé mentale, Prise en charge des personnes vulnérables).

Une consultation pour la réalisation du projet d'établissement du CHM a été lancée le 13 juillet 2018 et dans l'attente de sa finalisation, l'établissement a repris du projet d'établissement de 2009-2013, les 17 filières de prise en charge (PEC) au sein de l'établissement (PEC d'un patient en psychiatrie et en Pédopsychiatrie, PEC d'un patient, de l'enfant hospitalisé en pédopsychiatrie ambulatoire, du patient en dialyse, du patient en SLD, du patient en SSR, du patient en médecine, d'un consultant, du patient en UMA / HDJ, du patient en chirurgie, du patient en chirurgie, de la patiente et du nouveau-né hospitalisé ambulatoire, d'un patient en HAD, du patient en réanimation et de l'éducation thérapeutique. Le document intègre aussi des cartes d'identité sur « Entrée : admission et accueil du patient et de son entourage » ainsi que « sortie du patient ». L'établissement accueille dans son enceinte une Maison Médicale de Garde.

Une cartographie des risques pour chacun des 17 parcours a été élaborée.

La prise en charge nutritionnelle, l'éducation thérapeutique du patient, la prise en charge du risque suicidaire, la prise en charge des urgences vitales dans l'établissement sont identifiées.

Néanmoins, l'établissement n'a pas défini toutes les stratégies, en matière d'organisation des prises en charge, prenant en compte les spécificités en lien avec les personnes en situation de handicap. Dans les différents parcours patients, il n'apparaît pas de spécificité de prise en charge des personnes en situation de handicap bien que cela fut une demande de la CDU en 2016. Il n'existe pas de risque identifié, ni de procédures élaborée (sinon pour les personnes obèses).

Le programme qualité entourant le parcours patient est validé par les différentes instances et révisée au moins annuellement. Il est décliné dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier a retenu un fonctionnement en 6 pôles :

- Le pôle ambulatoire (consultations externes, chirurgie ambulatoire, psychiatrie de jour, dialyse, hôpitaux de jours équipes mobiles, lutte contre la douleur...),
- Le pôle permanence des soins (urgences, maternité, anesthésie réanimation,USIC...),
- Le pôle hospitalisation de courte durée (unités d'hospitalisation complète en médecine et chirurgie, HAD...),
- Le pôle psychiatrie et accueil de moyenne et longue durée (Psychiatrie, EHPAD, rééducation-réadaptation fonctionnelle, Etats Végétatifs Chroniques-Etats Pauci-Relationnels...),
- Le pôle logistique clinique (imagerie, blocs, pharmacie, stérilisation, laboratoire, hygiène hospitalière ...),
- Le pôle soutien aux activités (administration, services techniques et logistiques, DIM, informatique, médecine préventive, Institut de Formation Aide Soignants et Institut de Formation en Soins Infirmiers, réseaux...)

Il dispose des principales autorisations d'activité de soins (MCO, SSR, psychiatrie, soins de longue durée, HAD, médecine d'urgence, éducation thérapeutique, traitement du cancer selon les modalités de chirurgie et chimiothérapie, réanimation, Insuffisance Rénale Chronique, cardiologie interventionnelle) et de reconnaissances contractuelles (Soins continus, Unité de Soins Intensifs de Cardiologie, Unité de Soins

Palliatifs).

Dans le secteur d'urgence, il existe un mode opératoire pour la PEC d'un patient en urgence provenant du SAU (sans intervention du SMUR) en salle de cardiologie interventionnelle datant de 2014...

Cependant, l'organisation de la filière AVC n'est pas finalisée bien qu'il existe une feuille de route datant de novembre 2018 avec courrier du CHU de Dijon de janvier 2019, ainsi qu'une prise en charge des AVC aux urgences de Mâcon en lien avec une fiche réflex. Les Indicateurs relatifs à l'AVC (taux de patient ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire, Taux de patients ayant une CS post AVC à 6 mois sortie...) restent porteurs d'amélioration bien que 10 agents aient bénéficié de la formation « Prendre soins et accompagner la personne atteinte d'un AVC » en 2018.

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) a également poursuivi son développement de 25 places en 2016.

Pour la filière psychiatrie, une convention avec la clinique VAL DRACY est signée pour l'accueil des patients en unité fermée. La prise en charge somatique des patients (urgence et hospitalisation) est organisée avant une hospitalisation en secteur psychiatrique ainsi que dans chaque secteur de psychiatrie si besoin.

Il existe un partenariat avec le réseau de santé polyvalent RESOVAL qui est spécialisé dans la coordination pour le retour ou le maintien à domicile de patients nécessitant des soins médicaux, paramédicaux, d'hygiène et des aides à domicile.

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre une stratégie « Parcours du patient » autour des 17 filières à l'échelle de l'établissement, ce sont un pilote médical associé à un copilote cadre supérieur de santé du secteur qui assurent le développement du processus. Les 17 parcours ont été définis pour représenter toutes les activités et chacun est piloté par un binôme opérationnel. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés sont définis et précisés dans les fiches de poste.

Il existe une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats aux professionnels et aux usagers.

Un programme d'amélioration dont les actions sont issues d'initiatives institutionnelles ou d'équipes est élaboré. Certaines actions sont spécifiques à certains secteurs d'activité (hypnoanalgésie en pédiatrie, Risque suicidaire en UPL, Suivi des patients en grande précarité avec EMPP...). Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU. Il est articulé au PAQSS de l'établissement.

Les ressources humaines nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Les besoins en compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé sont identifiés (balnéothérapie, dialyse, HAD, oncologie, etc.).

Les besoins en formation initiale et continue sont définis pour l'ensemble des professionnels concernés.

Ces actions de formation prennent en compte les orientations stratégiques en matière de parcours du patient (AFGSU, urgence vitale, ...), le développement des compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes du patient (Télé AVC, Ethique et soins, violences faites aux femmes, ateliers pratiques en réanimation néonatale, Hypno-analgésie en pédiatrie...).

Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement intégrant les résultats IPAQSS: Pour exemple pour la PEC de l'obésité il a été formalisé une PEC de la chirurgie bariatrique, les résultats des RCP bariatriques sont envoyées au médecin traitant et une activité éducative accompagnée par l'UTEP mise en œuvre.

Les recrutements et la gestion des compétences sont formalisés.

Des modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies et structurées par la direction des ressources humaine (Livret d'accueil, aide-mémoire pour les nouveaux arrivants, 2 journées d'intégration) et plus spécifiquement dans certains secteurs de soins comme la réanimation, la néonatalogie et la dialyse.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient.

La CDU très impliquée dans les droits du patient est une force de proposition.

Les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge des patients dans toutes les filières identifiées sont prévues.

Le processus de chacune des 17 filières est identifié et formalisé en fonction des besoins et des risques spécifiques.

Les procédures pour chaque filières sont identifiées, sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire.

Elles sont issues, pour la plupart, de documents de référence validés, actualisés.

Les professionnels participent parfois à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition via l'informatique mais aussi sous forme de classeur papier (UDC en psychiatrie).

Le système d'information répond aux besoins de continuité des soins.

La prise en charge nutritionnelle (CLAN, commission des menus et Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC)), la prise en charge de la douleur (Sous-commission douleur, EMSP), du risque suicidaire et des urgences vitales dans l'établissement font partie des axes d'amélioration ainsi que les spécificités en lien avec les populations vulnérables (mineurs, obèse, personnes âgées), les différents modes de prise en charge, les activités, l'accueil du patient et de son entourage, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé (Plan Intervention Interdisciplinaire Individualisé en SSR et USLD).

Des mécanismes de coordination comme : EM Soins Palliatifs, EM de Psychogériatrie, EM Psychiatrie précarité, UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge et avec les partenaires, le développement de réseaux ou avec des conventions visant à favoriser l'accès aux soins (PASS), le développement ou la consolidation d'activités.

Les circuits et interfaces sont définis avec les différents secteurs (cliniques, médicotechniques, logistiques et administratifs). La fonction transport des patients est organisée, entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité médical, soignant, médicotechnique et administratif s'est saisi des enjeux liés aux 17 filières de prise en charge en lien avec les orientations de l'établissement dans le GHT.

Il communique auprès du management des équipes sur sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.

Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Les équipes s'impliquent dans des actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

Elles connaissent, pour la plupart, les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients définis au sein du service (risque suicidaire, action d'éducation, RCP ...) et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elles participent à l'élaboration des procédures utiles à leur activité et à un programme de EPP en équipe tel que RCP en cancérologie, CREX en chirurgie-anesthésie, cancérologie ou autre, méthode du patient traceur, audits/évaluations internes et externes, à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, au traitement des plaintes et réclamations, aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers en lien avec le parcours de soins et autres actions d'amélioration...

Le management de proximité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les équipes ont accès aux résultats notamment ceux concernant la satisfaction des usagers essentiellement par affichage.

Des temps collectifs (COPIL, UTEP, réunion d'équipe annuelle...) sont prévus pour échanger sur les résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs : ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge.

Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Des référents paramédicaux sont nommés (douleur, escarre, médicament, éducation thérapeutique, hygiène ...) dans chaque unité de soin. Ils ont des missions qui sont connues par une majorité des professionnels rencontrés et font le lien avec leur unité de soins.

Du personnel est dédié pour des actions de liaison avec l'extérieur (ville, réseaux, EHPAD, institutions, SDF, Migrant, médecin traitant ...) comme 0,6 ETP pour l'UTEP, 1 ETP pour EMPP = équipe mobile Psychiatrie de Mobilité, 0,2 ETP pour EMPG = équipe mobile de psychogériatrie. Ces unités transmettent un bilan d'activité annuel et interviennent dans les commissions (CME, CDU, CLAN, ...)

La prise en charge en Balnéothérapie est formalisée, organisée et tracée dans le dossier patient.

Du personnel référent est dédié (0,8 ETP d'aide kinésithérapeute) pour assurer son fonctionnement, les contrôles sanitaires obligatoires ainsi que les mesures d'hygiène et de sécurité de la prise en charge. Les professionnels en poste dans chaque secteur sont majoritairement formés et notamment à la prise en charge des urgences vitales et à la prise en charge de certaines populations vulnérables (Obésité et personnes âgées).

Les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés au sein des services essentiellement par tutorat.

Les professionnels bénéficient de formations validées au niveau institutionnel en fonction des besoins des prises en charge des patients (ETP, Prévention de la dénutrition, Stomatothérapie...).

Des assistantes sociales sont intégrées aux réflexions sur le devenir du patient.

Les ressources en matériel de manutention, logistiques, techniques sont présentes dans les unités de soins.

Un matériel d'urgence vitale opérationnel (Sac, Malette, chariot urgences et « Fiche de traçabilité de l'alerte et des premiers soins ») est disponible dans tous les secteurs d'activité.

Néanmoins les ressources en matériels ne sont pas homogènes. En effet, les défibrillateurs automatiques ne sont pas présents dans tous les secteurs accueillant du public et dans les secteurs de soins du bâtiment central de l'établissement. L'établissement a fait le choix de ne pas équiper les secteurs de défibrillateurs mais de confier les urgences vitales au SMUR interne.

L'optimisation des lits est un objectif prioritaire pour l'établissement afin de fluidifier les parcours des patients notamment ceux en provenance du service des urgences.

Une étude en lien avec l'ANAP a été menée et une coordination des lits conseillée.

L'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels est encouragée (Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP)).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques et leurs modes dégradés.

Dans les secteurs concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles et accessibles. Des documents d'information sont mis à disposition des patients par l'intermédiaire du site internet, du livret d'accueil, par affichage et par compte rendu de la CDU.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation et les modalités de la prise en charge des patients de l'entrée à la sortie sont connues des professionnels.

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues et notamment : la mise en œuvre effective des procédures de vérification de l'identité du patient (carte d'identité valide) par le personnel de l'accueil administratif aux heures ouvrables (bureau des admissions, consultations) et de nuit (urgences, maternité, psychiatrie).

La pose du bracelet d'identification est systématique dans tous les secteurs ainsi que la vérification effective de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé et pour tous les types de prise en charge (consultations externes, hospitalisations, etc.).

L'accueil du patient dans le service est réalisé selon des modalités définies : remise du livret d'accueil, personne désignée pour l'accueil dans certains secteurs (USLD, psychiatrie, pédiatrie ...).

Il est adapté selon la population à laquelle appartient le patient. Il assure une information du patient, claire et compréhensible, sur les conditions de sa prise en charge.

Les conditions d'accès de l'entourage du patient sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant, possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées ou qui le nécessitent, adaptation des équipes le plus possible à la situation du patient (accueil des enfants en réanimation).

Les modalités d'information de la famille sur l'état de santé du patient sont adaptées: un accueil spécifique est organisé, en cas de situation grave (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage).

Les règles et protocoles adaptés en fonction des spécificités de chaque prise en charges répondent à des procédures (Pédiatrie, PEC somatique en psychiatrie adulte, dialyse...).

La permanence et la continuité des soins sont assurées par des gardes sur place aux urgences, en anesthésie, en réanimation et en obstétrique et pédiatrie et des astreintes opérationnelles dans les autres services.

Les règles de présence des autres personnels sont établies.

Une grande partie des personnels soignants sont formés à l'AFGSU et chaque unité dispose d'un chariot d'urgence opérationnel et scellé.

Pour les personnes démunies ou en situation de précarité, l'établissement dispose d'une PASS.

Le service des admissions réalise les accompagnements nécessaires aux démarches notamment pour les ouvertures de droit.

Le personnel évalue la douleur, le risque d'escarres et l'état nutritionnel à l'arrivée du patient.

Pour le dépistage des troubles nutritionnels, l'établissement dispose d'un CLAN, d'une commission des menus et d'une Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC) et de procédures de suivi des patients dénutris en fonction des prises en charge spécifiques.

Les diététiciennes sont disponibles sur prescription médicale. Une prise en charge de ces risques est formalisée.

La prise en charge de populations spécifiques, par exemple, les personnes âgées, les personnes obèses est assurée.

L'établissement propose également trois programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS pour les patients diabétiques de type II (EDIAM), dermatite atopique et les patients vivant avec le VIH et /ou l'hépatite ainsi que 3 programmes de réseaux RESOVAL : asthmatiques ou bronchitiques chroniques (ABCd'air), Réseaux de Néphrologie Bourgogne (RNB) et insuffisants cardiaques (ERIC) ...programmes autorisés par l'ARS de Bourgogne.

Des actions éducatives formalisées sont déployées dans plusieurs domaines : Pathologie psychiatrique, Consultation mémoire, Douleur et migraine...

Le risque suicidaire est ciblé dès l'entrée car un item dans le recueil de données qui le rappelle et en permet la traçabilité. Une procédure est mise à disposition des professionnels ainsi qu'un outil : grille de Beck. Les soignants connaissent les mesures à mettre en place : condamnation des ouvertures des fenêtres, retrait des objets coupants, etc.

De plus, les professionnels ont la possibilité de faire appel au psychiatre ou au psychologue présent dans l'établissement, ce qui permet une consultation rapide dans le cadre de la prévention du risque suicidaire. De même que des formations « Prévention de la dépression et du suicide chez la personne âgées et Sensibilisation au risque suicidaire » sont effectuées.

Le personnel peut également bénéficier d'un accompagnement psychologique.

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande dans les services. Un accompagnement est proposé à la famille et à l'entourage des patients.

Des réunions pluridisciplinaires sont organisées dans les différents secteurs d'activité, ils font l'objet le plus souvent d'une traçabilité. L'établissement bénéficie de l'apport des professionnels spécifiques (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, psychologues, stomathérapeute, assistante sociale) qui participent aux actions de rééducation des patients.

L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier en médecine, en SSR et en USLD. Elle comprend notamment le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie, la recherche d'allergies, la recherche du traitement personnel du patient, le recueil de ses besoins, etc.

Le projet de soins personnalisé/projet thérapeutique est établi en concertation avec les professionnels concernés (USLD, SSR, oncologie, soins palliatifs...). Il est tracé dans le dossier.

Néanmoins, le projet thérapeutique ne prend pas toujours en compte la réflexion bénéfice risque. En effet il n'a pas été retrouvé dans les dossiers des deux patients traceurs d'orthopédie et ambulatoire la réflexion bénéfice risque dans leur projet thérapeutique ni d'information patient.

En oncologie, la RCP permet la prise de décision. L'évaluation continue est tracée dans le dossier. Elle évalue l'efficacité du traitement. Elle est associée à une information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements quand cela est nécessaire.

Les délais de transmission des résultats d'examens (laboratoire et radiologie) sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont retrouvés dans le dossier.

La sortie ou transfert sont organisés le plus tôt possible après l'admission et planifiés, prenant en compte le point de vue du patient et/ou de son entourage et en associant les professionnels d'aval lorsque la situation le nécessite (outil Trajectoire, HAD).

La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile est anticipée. La sortie ou le transfert sont effectifs si le patient est stable et si son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.

Les documents nécessaires à son suivi, sont remis au patient. Une information orale est délivrée au patient et/ou à son entourage sur : son traitement de sortie avec l'ordonnance ; la (les) consultation(s) de suivi, les soins paramédicaux éventuels, le régime, les autres recommandations de surveillance et est tracée dans son dossier (Consultation d'anesthésie, SSR, médecine).

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais impartis. Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en psychiatrie fait l'objet d'une évaluation et suivi plus spécifique au regard des résultats à potentiel d'amélioration en 2016. Un questionnaire de sortie est remis au patient. De plus l'établissement est soumis à l'enquête e-SATIS pour connaître la satisfaction globale du patient.

Cependant, la contention ne fait pas toujours l'objet de prescription médicale. La contention et notamment la contention avec des barrières de lits ne font pas toujours l'objet d'une prescription médicale justifiée, définie dans le temps et réévaluée à périodicité définie. Lors des visites terrain, il a été constaté qu'une patiente en USLD à qui les barrières sont mises la nuit, n'a dans son dossier patient qu'une prescription médicale d'août 2017 mentionnant « si nécessaire ». Le médecin gériatre de l'USLD réévalue très régulièrement avec la patiente la nécessité de mettre les barrières la nuit, mais il n'y a pas de traçabilité de cette réévaluation dans le dossier de la patiente. En médecine interne/rhumatologie, il n'est pas fait de prescription médicale pour les barrières de lit. Lors d'un Patient traceur en SSR une prescription du service de Chirurgie Orthopédique est retrouvée dans le dossier du patient, et cette prescription mentionne « si besoin et jusqu'à arrêt ».

Par ailleurs, les demandes médicales d'examen ne respectent pas les bonnes pratiques. La prescription d'examens de laboratoire s'effectue dans le dossier informatisé du patient. Comme il n'y a pas de passerelle informatique avec le logiciel du laboratoire, l'infirmière, qui a prélevé les patients, recopie la prescription informatisée ainsi que les traitements utiles sur un bon en papier qu'elle envoie au laboratoire, accompagné des tubes. Cela est sources d'erreur dans la prise en charge du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La direction qualité assure le suivi de la qualité et l'efficacité du parcours du patient. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement. Le suivi régulier des indicateurs, associé à l'analyse des EI et des audits, permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

A cette démarche d'évaluation s'ajoute en 2018, 11 EPP sur le parcours patient : Évaluation de la douleur en USLD , mutation SAU-Unités de soins, prise en charge en péri opératoire de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez la Personne âgée , PEC de la dénutrition chez la personne âgée en institution, dispositif d'annonce en pneumologie... ainsi que 7 RMM (3 en pédiatrie, 2 en cardiologie, et 2 en ophtalmologie /ORL), 16 REMED , 9 REX et 1 RCP : vulnérabilité en périnatalité, 1 chemin clinique GEU. Il y a eu 6 patients traceurs en 2016 et 1 PT en SSR en 2017. Le contenu du PACSS comprend, quand ils sont disponibles les : indicateurs nationaux, les indicateurs locaux et les exigences HAS V 2014. Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances (Directoire, CME), des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Cependant, l'évaluation périodique du processus parcours n'est pas globale. Chaque filière est évaluée individuellement par une cartographie des risques spécifiques mais il n'existe pas de cartographie globale du parcours patient permettant une vision pertinente du processus. L'évaluation concerne néanmoins des items comme: le dispositif d'accueil du patient dont l'identitovigilance, la prise en charge de la douleur et de la dénutrition, la continuité et la coordination des soins mais qui ne sont pas forcément attachés au parcours patient mais à des secteurs de prise en charge. Enfin, il n'est pas retrouvé d'évaluation au travers d'audit des procédures d'urgences vitales. De plus la traçabilité de vérification des sacs n'est pas toujours effective régulièrement (Hémodialyse, psychiatrie, etc.).

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. Les EPP sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé pour

chacun des 17 parcours.

Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS). Ainsi pour la sortie du patient, le parcours du patient est bien identifié et bien que l'indicateur « lettre de liaison en MCO » justifie d'amélioration, le risque est identifié et est inclus dans le PACSS comme axe d'amélioration avec une formation « Accueil et préparation à la sortie du patient » à laquelle 18 agents ont pu participer en 2018.

Il en est de même pour l'évaluation des Troubles nutritionnels ou une EPP chez la personne âgée a été mise en œuvre ainsi qu'une formation sur : « la PEC nutritionnelle et prévention de la dénutrition » à laquelle 45 personnes ont pu participer car l'IQSS en 2018 du dépistage des troubles nutritionnels était faible et confirmé par les patients traceurs.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances et informe les professionnels des résultats obtenus par affichage essentiellement. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et à la CDU.

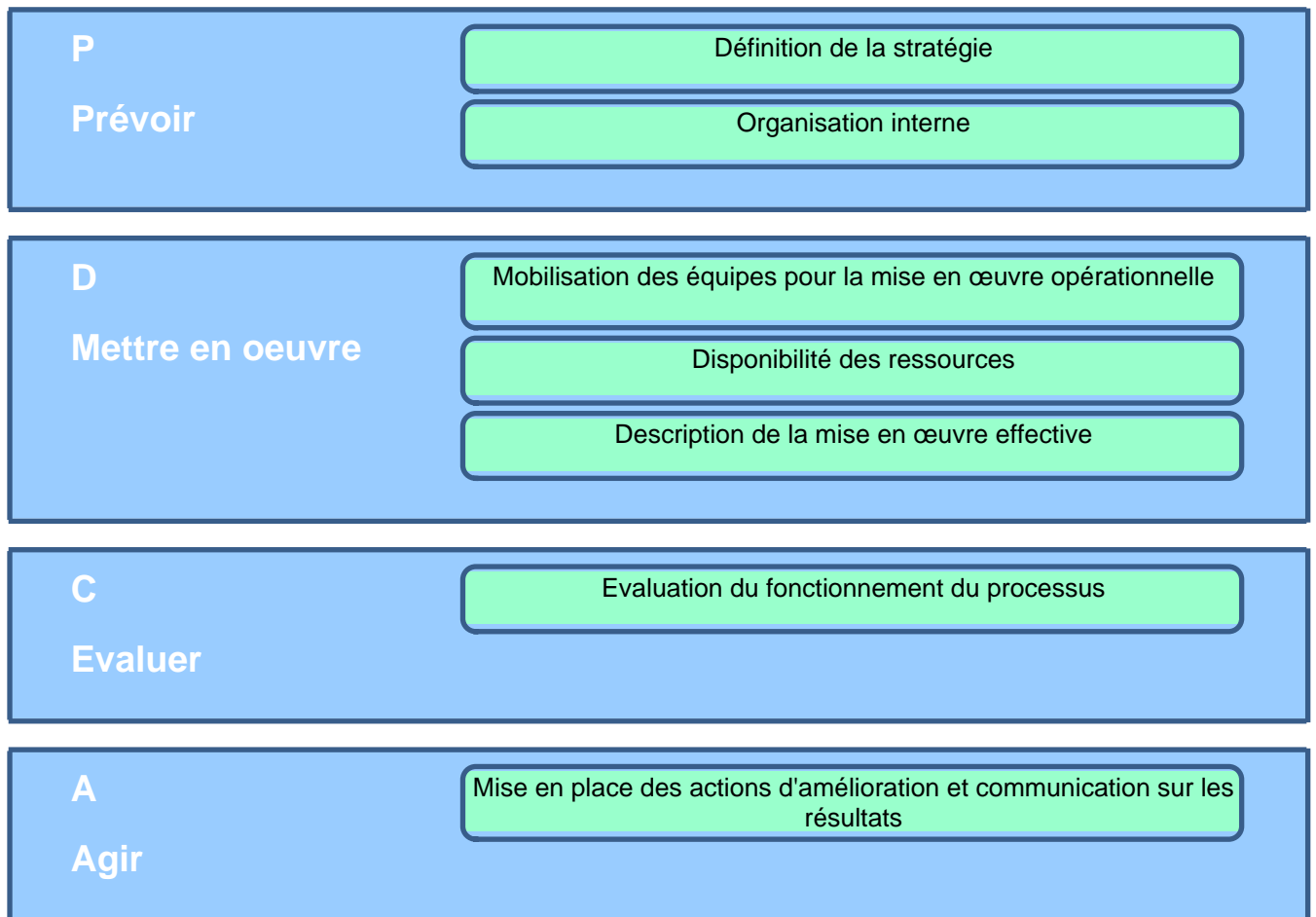
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Mâcon (CHM) suit le Schéma Directeur du Système d'Information GHT de la Bourgogne Méridionale datant de juillet 2018 et donne les orientations principales du dossier patient pour les 8 établissements du GHT.

Le processus dossier patient appartient au Pôle « soutien aux activités » et le COPIL « Dossier patient (au travers des cartes identités « Gestion dossier patient » et « Accès du patient à son dossier ») en est le soutien opérationnel

L'instauration du dossier informatisé est ancienne au sein de la structure et est mise en œuvre depuis 1994 impliquant ainsi une uniformisation du logiciel dossier patient importante sur les 8 structures du GHT.

L'établissement a défini une Politique des Systèmes d'Informations intégrant le Dossier Patient Informatisé (DPI), basée sur une identification de ses besoins et une analyse de ses risques a priori et a posteriori.

Le CHM a fait le choix stratégique pour son dossier patient d'ouvrir un large périmètre fonctionnel : dossier médical, de soins, plan de soins, l'ensemble des prescriptions et des résultats, gestion des rendez-vous, validation pharmaceutique, activités d'imagerie, de bloc opératoire, gestion du SAU et de l'obstétrique, en lien avec le logiciel de gestion administrative du mouvement.

L'analyse des besoins et des risques du processus Dossier Patient a été réalisée pour toutes les étapes de sa gestion (de la création à la destruction), au regard des différents supports (papier et informatique), au regard des lieux (4 sites principaux : Les Chanoux, Bel Air, Hôtel Dieu et Hurigny) et des différentes parties du dossier patient (administratif, médical, soignant).

En 2017, une analyse globale des risques est réalisée à travers une cartographie des risques par 4 réunions pluridisciplinaires et validée par les instances (Directoire et CME).

Les risques sont hiérarchisés selon une seule et même méthodologie utilisée au sein de l'établissement, permettant de définir des priorités d'amélioration : 26 thématiques dans le PACSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par un COPIL « Dossier Patient » pluriprofessionnel dont le fonctionnement est formalisé.

Deux pilotes ont été nommés (médecin du DIM et une cadre supérieure de santé) pour gérer et coordonner le processus en relation avec la cellule identitovigilance et avec l'apport technique du service informatique et méthodologique du service qualité. Leurs rôles et missions sont définis et connus des professionnels.

L'accès du patient à son dossier et son information quant à ses droits d'accès sont organisés et une personne référente est identifiée (assistante du système d'information) depuis octobre 2017.

L'établissement a défini les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient (Assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, etc.).

Au niveau matériel l'établissement a mis en place de nombreux outils informatiques : Un logiciel commun pour tous les services de soins MCO-SSR-USLD-HAD et quatre logiciels correspondant à ses différentes spécialités (Dialyse, Chimiothérapie, anesthésie, néonatalogie).

Les règles portant sur les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile et l'archivage ont été prévues.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information quant aux droits d'accès sont définies (procédure, livret d'accueil).

L'établissement s'est engagé dans le projet Hôpital Numérique et dépasse l'attendu.

Au plan documentaire les professionnels disposent d'une gestion documentaire informatisée, d'un guide d'utilisation et de nombreuses procédures concernant notamment la tenue et l'accès aux dossiers mais aussi de procédures dégradées en cas de panne informatique, permettant la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les professionnels extérieurs.

Des actions de formation et/ou de sensibilisation sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques inhérents au processus et son importance, ainsi que sur l'utilisation des ressources à disposition.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité s'est saisi des enjeux liés au dossier patient en lien avec les orientations du GHT.

En association avec les référents « dossier patient » de chaque secteur et avec les professionnels concernés, il organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et projets de services formalisés ou non selon les services.

Il communique auprès de son équipe sur le processus du dossier, sa mise en œuvre et son évolution.

Il assure la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures, ...) et met en place des actions correctives en cas de dysfonctionnement.

Des temps collectifs pendant les relèves sont prévus pour échanger sur les résultats d'audit sinon par affichage des indicateurs IPAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Bien qu'essentiellement informatisé, le dossier patient utilise également le support papier (notamment en ce qui concerne le per opératoire, la réanimation, la dialyse, l'HAD et le partogramme à la maternité). Plusieurs logiciels adaptés aux spécificités de l'établissement, sont utilisés pour les dossiers de soins (néonatalogie, pharmacie, dialyse, chimiothérapie).

Ils permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utiles aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.

Les professionnels sont formés aux différents matériels et logiciels qu'ils utilisent.

Une Gestion Électronique du lieu de positionnement du dossier est à disposition, accessible, actualisée et connue des professionnels.

Les locaux d'archivage du dossier papier permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité.

L'ensemble des données informatiques est externalisé au sein d'un centre agréé. Ce dernier réalise en outre de sauvegardes journalières concernant notamment les prescriptions et les plans de soins à partir desquelles les professionnels peuvent assurer la continuité des soins en cas de panne informatique.

Un procédure d'appel existe et est connue de tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management de proximité des secteurs d'activités met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne de leurs secteurs, notamment en ce qui concerne les règles d'accès et de tenue du dossier ainsi que sa complétude. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile permettant aux professionnels de disposer des informations nécessaires à la prise en charge des patients.

Les médecins disposent également d'une application leur permettant d'accéder au dossier patient hors site d'hospitalisation, lors d'une astreinte ou après la sortie (transfert SSR, psychiatrie).

De plus, depuis 2006, la plate forme ResoVal permet aux médecins généralistes, ou en établissement de consulter le dossier médical d'un patient créé au CHM.

Avec l'accord du patient, un logiciel permet aux médecins sur n'importe quel poste informatique, la lecture des comptes rendus, des observations, des résultats d'examens biologiques, des données d'imagerie de son patient.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, notamment en cas de transfert ou de mutation, sont effectives.

L'accès du patient à son dossier dans les délais réglementaires est assuré maintenant par l'affectation d'une personne en temps plein depuis octobre 2018 répondant ainsi à l'indicateur IQSS.
La grande majorité de ces constats ont été validés lors des patients traceurs.

Néanmoins, la disponibilité et la communication des éléments constitutifs de la prise en charge du patient, du fait de différents supports, ne sont pas totalement opérationnelles.

En dialyse, le dossier patient repose sur trois supports :

- 2 supports informatiques ne communiquant pas entre eux et nécessitant l'élaboration d'une synthèse médicale de la prise en charge en hémodialyse incluse dans l'un des logiciels pour l'intégrer dans le logiciel dossier patient hospitalisé.

-1 dossier papier existe en parallèle où sont notées les transmissions infirmières en dialyse ainsi que les observations médicales du jour ne concernant pas les séances de dialyse (anxiété, douleur,).

Cette situation favorise ainsi la perte de données inhérente à la prise en charge du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi du processus Dossier Patient sont régulièrement assurés par les pilotes du processus sur la base des indicateurs réglementaires ainsi que d'indicateurs internes. Des Événement Indésirables (20 EI en 2018) et des audits dossiers patients. La déclaration des indicateurs réglementaire est respectée (IPAQSS, Hôpital Numérique). Les délais de transmission des dossiers aux patients sont suivis par l'établissement et respectent ceux prévus par la réglementation.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration et des résultats obtenus conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles actions complémentaires, en relation avec la CDU.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées au PAQSS. La communication des résultats est réalisée tant auprès des professionnels par affichage essentiellement ou via différentes modalités de diffusion (réunions, journal interne).

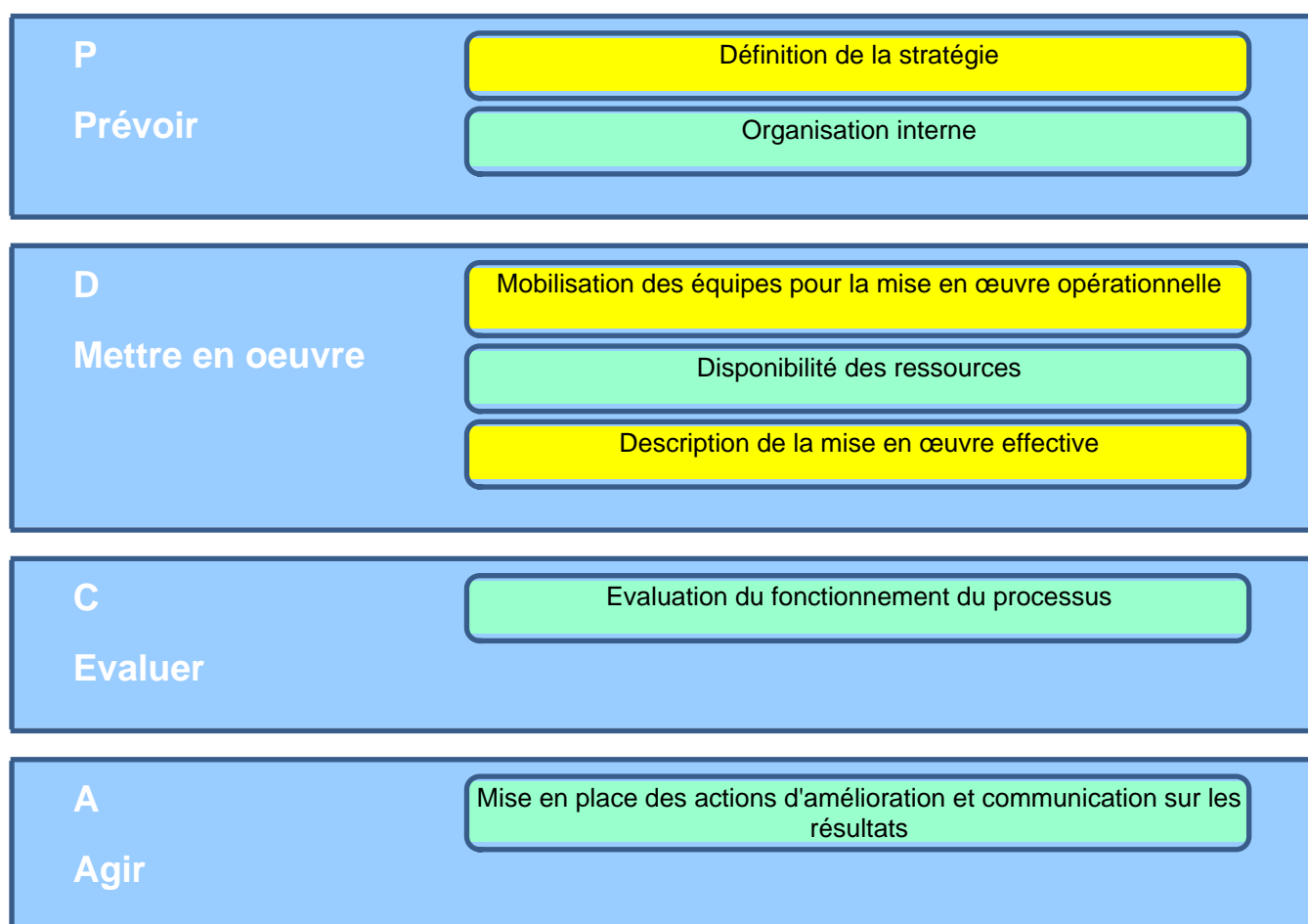
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le centre hospitalier de Macon a défini sa politique de PECMED dans un document actualisé en janvier 2019. Les objectifs de la PECMED répondent aux orientations du CAQES signé en mars 2018 avec l'assurance maladie : management de la PEC, prescription en DCI, traçabilité de la prescription à l'administration dans le cadre de l'informatisation du parcours, informatisation et traçabilité au travers de la dispensation nominative, utilisation d'aide à la prescription de tous médicaments y compris en consultation. La politique intègre également des objectifs de prévention de la iatrogénie pour la personne âgée.

Dans le cadre du GHT, plusieurs rencontres ont eu lieu entre les pharmaciens et ils en sont au jour de la visite, au stade de la réflexion sur notamment la mise en commun du livret thérapeutique.

L'analyse des risques est établie dans une cartographie globale, sur la base du processus de PEC du patient (de l'admission à la sortie) et des étapes du circuit. L'identification des besoins a été réalisée avec les professionnels, au regard, des indicateurs, dont les indicateurs nationaux, de la dernière certification, des REMED, de la réglementation (RETEX) et prend en compte les never events et les missions de la PUI. Les risques ont été hiérarchisés à partir de la grille de la HAS et priorisés dans le CQ intégré au programme de la thématique et au programme institutionnel. Le programme comporte les éléments de suivi (échéance, responsable d'action). Le programme est présenté en CME et au COPIL.

Cependant l'évaluation des risques du processus médicamenteux ne prend pas en compte l'ensemble des secteurs à risques de façon exhaustive.

Concernant le secteur de l'URC, un risque unique a été identifié dans la cartographie globale du processus PECM. L'organisation du fonctionnement de l'URC, défini pour ce secteur ne prend donc pas en compte l'identification des risques a priori ; ce qui est potentiellement dommageable pour l'activité.

ORGANISATION INTERNE

L'Etablissement a défini le pilotage du processus. Le Chef du pôle logistique auquel est intégré la PUI, pilote le processus avec un groupe de travail pluriprofessionnel. Le pilote est responsable du management de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement a également identifié 3 commissions dans l'organigramme de la politique médicamenteuse : commission informatisation de la PECMED, commission pharmacie clinique / évaluation / bon usage, et commission administration des thérapeutiques médicamenteuses, pour accompagner la déclinaison de la stratégie médicamenteuse.

La stratégie médicamenteuse est par ailleurs discutée par spécialité médicale entre les praticiens et les pharmaciens référents (ex personne âgée et SLD) en lien in fine avec la CME.

L'établissement a fait le choix de ne pas avoir de commission type COMEDIMS pour être plus « opérationnel » comme cela a été expliqué par un pharmacien.

L'Etablissement a identifié les ressources nécessaires au processus.

Il dispose d'une PUI intérieure et d'une URC dont les locaux sont différenciés et adaptés aux missions de ces secteurs. Les sept pharmaciens de la PUI sont responsables de différents domaines de la PEC : la personne âgée, la robotisation, la gestion des stocks approvisionnement et la dispensation, les DMS et DMI, l'analyse pharmaceutique, les fluides etc.

Les préparateurs en pharmacie sont référents par service et les services de soins disposent également de référent IDE. Les pharmaciens et les référents possèdent des fiches de poste.

La liste des prescripteurs est définie et validée de façon périodique.

La formation des préparateurs intervenant en URC est organisée ; des préparateurs sont habilités.

Des formations sont organisées périodiquement au plan de formation pour les IDE affectés à l'administration, en collaboration avec un centre anti-cancéreux ou en interne lors de la mise en place de nouveaux dispositifs par exemple. Des formations sont également planifiées sur les erreurs médicamenteuses, sur l'utilisation des logiciels de prescription et d'administration.

L'établissement dispose de compétences médicales en interne pour le conseil à la prescription antibiotique.

L'établissement a structuré dans différents programmes d'ETP, des modules d'information du patient sur la gestion de son traitement et la PUI est intégrée à la conception de ces programmes.

La démarche qualité de la PECMED est déclinée dans un manuel qualité et les objectifs définis (management de la qualité, vision systémique de le PECMED, élaboration d'un programme sur le bon usage).

Des supports de prescription et d'administration sont intégrés dans le DPAI pour toutes les unités à l'exception, au jour de la visite, de la réanimation qui dispose d'un support de prescription et d'administration sur Excel. La néonatalogie est informatisée depuis janvier 2019.

L'établissement organise une dispensation nominative automatisée sur 360 lits, pour lesquels l'analyse pharmaceutique niveau 2 est en place (USLD, psychiatrie adulte, MCO...). Pour les autres secteurs non automatisés en terme de dispensation, l'analyse pharmaceutique est déployée sur l'HAD (25 lits), la cancérologie (10 lits) ainsi que sur certaines familles médicamenteuses et certains antibiotiques sensibles (analyse ciblée). Pour les autres, l'analyse est en attente d'une montée en charge de la dispensation automatisée.»

La GED organise la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription et à l'administration. La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure.

Il existe une organisation pour l'approvisionnement des services en médicaments, produits dérivés du sang, DMS et DMI, stupéfiants et autres médicaments à dispensation spécifiques (antibiotiques par exemple...).

L'accès à la PUI est réglementé et une organisation est établie pour les approvisionnements en urgence et pour la rétrocession.

Un document organise le fonctionnement de l'URC et les relations avec les services cliniques chargés de l'administration des produits anti-cancéreux (secteurs d'hospitalisation et secteur ambulatoire).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des pôles et des services assurent lors des réunions d'équipe formelles ou informelles la communication sur la thématique. Ils s'appuient sur les référents IDE pharmacie (réunis deux fois en 2018) et sur les communications institutionnelles.

Les professionnels recueillent les erreurs médicamenteuses et participent à l'analyse au sein des REMED ou des CREX de service (comme en réanimation par exemple). En 2018, 38 déclarations ont été signalées sur le circuit du médicament, 47 EIAS et 19 incidents qualité ; 16 cas ont été analysés sur 4 REMED.

Les professionnels conduisent également des EPP sur la pertinence des prescriptions ; EPP sur les inhibiteurs de la pompe à protons sur les secteurs accueillants des personnes âgées et la daptomycine en chirurgie, initiées en 2018 et sur la pertinence de la prescription du paracétamol par voie veineuse (en Médecine et chirurgie).

Cependant l'acculturation des équipes n'est pas homogène dans les services visités.

Les plans d'action et les enjeux de la PECMED sur les unités de soins ne sont pas réellement connus sur les secteurs par les professionnels, comme cela a été constaté en visite.

La liste des médicaments à risques définis par l'établissement, par exemple est peu appropriée. La notion de médicaments à risques est assimilée à tous les médicaments, bien que les professionnels connaissent et utilisent les consignes intégrées au dossier patient informatisé (index rouge devant une prescription de médicament classé à risque ouvrant sur des recommandations).

En termes de démarche les professionnels connaissent les audits d'armoires à pharmacie réalisées par la PUI et ces indicateurs ont été retrouvés affichés dans quelques services visités ; les résultats sont cependant peu connus des professionnels pour leur unité.

La PUI dispose a priori d'autres indicateurs dont la liste (sans les résultats) a été communiquée aux experts et pour lesquels les professionnels ne semblent pas majoritairement informés ou sensibilisés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'Etablissement met à disposition les ressources nécessaires en termes de compétences, documentation et équipements.

Au niveau de la PUI, les équipements, les locaux sont adaptés aux missions de réception, stockage, préparation, dispensation et de rétrocession. La sécurisation de l'accès à la PUI pour les professionnels est opérationnelle de même que l'accès au stock d'urgence. Les locaux de rétrocession respectent la confidentialité des patients.

La PUI dispose des automates nécessaires à la dispensation automatisée et de surétiquetages des

comprimés par exemple.

Les accès aux dossiers patients informatisés permettent l'analyse pharmaceutique pour les services à dispensation automatisée et manuelle ainsi que l'analyse ciblée sur l'antibiothérapie. Les locaux de l'URC sont fonctionnels et conformes aux bonnes pratiques pour assurer les différentes étapes du circuit dans une marche en avant ; approvisionnements des produits entrants décontaminés, postes de travail des préparateurs et du pharmacien, stockage et prise en charge par les transporteurs, élimination des déchets à risques et des déchets ménagers ...

L'URC dispose d'un logiciel pour la traçabilité des différentes opérations (validation de la prescription, préparation des poches de médicaments, transport...). La préparation éventuelle de poches d'anticancéreux, en dehors des heures d'ouverture est organisée: appel du pharmacien d'astreinte et kit de préparation à circuit clos. Les locaux de la PUI permettent un accès sécurisé et confidentiel des patients en cas de rétrocession.

La GED et le DPAI mettent à disposition des professionnels les outils d'aide à la prescription et à l'administration.

L'accès aux informations sur le bon usage des antibiotiques est organisé en lien avec les infectiologues du CH, le livret thérapeutique, les échanges formels pharmacien / médecins par spécialités.

Les formations médicamenteuses sont planifiées: 40 agents en 2018 sur 2 journées de formation dont une demie journée sur les erreurs médicamenteuses. Des formations sont programmées pour les préparateurs en pharmacie en URC et les IDE participants à l'administration des médicaments, avec les partenaires du territoire (centre anti-cancéreux LYON ...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des organisations est effective dans la grande majorité des activités et des étapes du circuit. Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments à partir des supports informatisés ou des supports papier notamment en réanimation comme en témoignent les professionnels en visite et les PAT.

La traçabilité de l'administration est effectuée en temps réel en particulier pour les préparations anti-cancéreuses et l'identification du patient est recherchée avant l'acte comme en témoignent les indicateurs TDP pour 2016 sur la psychiatrie et le MCO.

Chaque service concerné dispose d'un réfrigérateur dédié aux médicaments comme cela a été constaté en visite terrain.

Le transport des produits préparés en URC est effectué dans le respect de la chaîne du froid pour les services intra-hospitalier.

Cependant, le maintien de la chaîne du froid n'est pas garanti de façon systématique. Le maintien de la chaîne du froid n'est pas garanti pour les préparations des produits anti-cancéreux transportés en HAD. En effet, les préparations, réalisées sur le site de l'URC du CHM sont transportés au domicile du patient par l'IDE qui assure l'administration. La mallette réfrigérée ne permet pas de s'assurer de la bonne température à l'arrivée. Le maintien de la chaîne du froid n'est donc pas garanti. Il existe un risque potentiel d'administrer un produit altéré avec une perte de chance potentielle pour le patient. Par ailleurs, le maintien de la chaîne du froid n'est pas garanti de façon systématique dans tous les services du CHM, bien que les professionnels disposent d'un support de traçabilité et de consignes de surveillance. La mesure journalière n'a pas été retrouvée partout, par les experts comme l'indique le protocole. Lors de la visite, sur quelques services, la fiche de traçabilité ne correspondait pas à la dernière version de la GED ou n'était pas le bon support pour un service. Une mesure corrective a été réalisée par le CHM durant la semaine de visite.

Lors de la préparation des piluliers à la PUI, l'identification est mise en œuvre avec un étiquetage informatique, contrôlée par les IDE lors de l'administration (déclinaison du nom du patient et ou bracelet d'identification).

L'analyse pharmaceutique est effective pour les seuls services concernés par la dotation globale automatisée ainsi que pour certains secteurs non automatisés comme l'HAD et la cancérologie.

Le traitement personnel est géré selon le protocole lorsqu'il est apporté par le patient et re prescrit si nécessaire.

Les armoires à pharmacie sont dans la plupart des secteurs sont sécurisées et fermées à clef et le classement des médicaments respecté.

Cependant, la sécurisation des médicaments et des médicaments à risques n'est pas garantie dans l'ensemble des armoires à médicaments. Lors des visites de services, les experts ont constaté que la fermeture des armoires de médicaments, n'étaient pas systématique. Il a été retrouvé des portes fermées, des portes ouvertes, des clefs sur les portes, des portes de salles de soins ouvertes. Par ailleurs, le rangement des médicaments identifiés comme à risques par la CME ne fait pas l'objet d'un classement spécifique et pour la plupart des IDE rencontrés tous les médicaments sont dits à risques. Le DPAI signale, par ailleurs, ces médicaments lorsqu'ils sont prescrits, par un index rouge qui renvoie à des recommandations et qui est connu des professionnels.

Par ailleurs il existe différents type de réfrigérateurs et différents type de TC. Si certains réfrigérateurs disposent d'un TC fiable (TC affichée automatiquement) , certains thermomètres semblent peu fiables (thermomètre domestique ...). Il existe donc un risque potentiel de rupture de la chaîne du froid et donc d'administration d' un produit altéré entraînant une perte de chance potentielle pour le patient.

La rencontre du corps médical a mis en évidence l'effectivité de l'accès aux conseils en antibiothérapie (médecine) et l'effectivité du partage de la stratégie médicamenteuse avec le pharmacien (SLD).

Les professionnels informent le patient lors de prescription et de l'administration des médicaments et le cas échéant inscrivent celui-ci dans les programmes ETP du CHM.

La continuité du traitement médicamenteux est mise en oeuvre à la sortie comme en témoigne les PAT.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus est effectuée notamment lors de l'audit des armoires à pharmacie et d'un audit sur l'administration par les IDE ; le dernier audit du processus communiqué par le CH date de 2015.

L'établissement assure le suivi des indicateurs du CAQES, d indicateurs internes et des indicateurs nationaux.

Cependant, le dispositif d'évaluation du processus Prise en Charge Médicamenteuse du patient n'est pas structuré. L'établissement suit les indicateurs TDP et assurent a priori un suivi d'indicateurs dont la liste a été communiquée aux experts mais sans les résultats. Il n'existe pas au jour de la visite de tableau de bord de pilotage pour cette thématique.

A / AGIR

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

Le plan d'action du processus est suivi et en particulier les actions du CQ actualisé en visite. Des actions ont été mises en œuvre suite aux actions prioritaires émanant de la première certification V 2014 : information des prescripteurs sur la conformité des prescriptions EPO en hémodialyse, informatisation de la néonatalogie, structuration de programme d'éducation thérapeutique par l' UTEP.

Les REMED donnent lieu à des actions en lien avec les professionnels. En terme de communication, le CHM a diffusé en décembre 2018, une note de synthèse sur les résultats de la thématique. Dans le cadre du GHT, les pharmaciens ont communiqué en particulier sur les actions communes possibles notamment sur le livret thérapeutique.

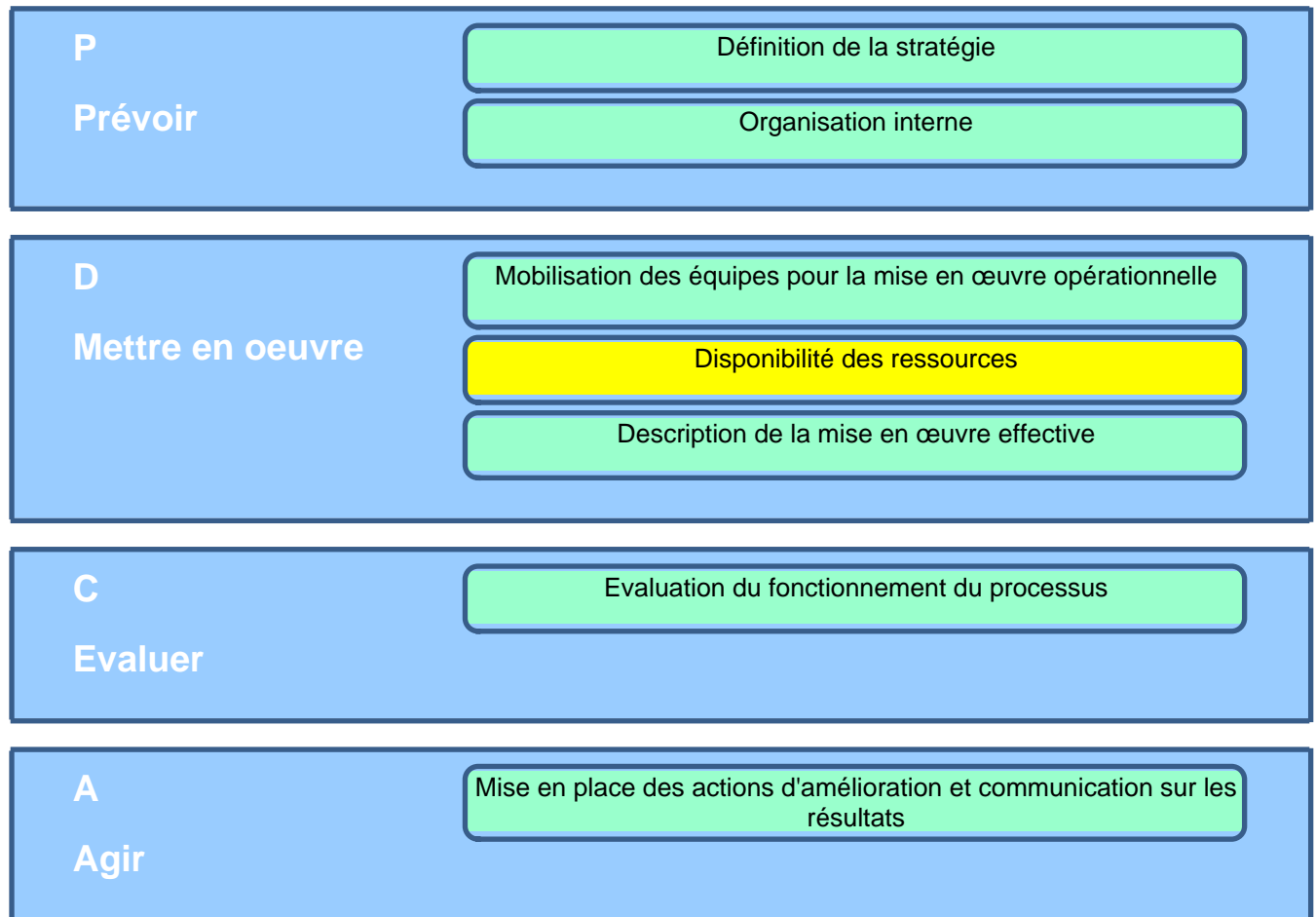
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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 CH de Macon dispose d'une structure d'urgences générales qui accueille environ 44000 passages par an, complétée par un accueil pédiatrique et un accueil gynéco obstétrical sur un autre niveau. Un projet de plateau d'accueil unique est à l'étude.

Les urgences générales disposent d'une salle d'attente pour patient assis, un boxe IAO, de 11 boxes de soins, 1 boxe d'urgences vitales, 10 lits d'UHTCD, une zone d'attente pour patients couchés. Ce service est en continuité de l'imagerie. L'accueil pédiatrique, situé au 4ème étage est en continuité du service de pédiatrie et dispose d'un boxe IAO, de 2 boxes d'exams et d'un boxe de réanimation. L'accueil gynéco obstétrical, situé également au 4ème étage dispose de locaux en lien avec les salles de naissance.

Le service appartient au réseau régional, de même qu'au réseau périnatal pour la maternité et la pédiatrie.

Le CPOM 2012- 2017 et le Projet d'établissement 2009- 2013 étant échus, le seul document stratégique disponible est le Projet médical du GHT qui définit des axes généraux relatifs à la filière des urgences.

Au sein de l'établissement, un document de politique générale générique a été formalisé en janvier 2019, complété par un règlement intérieur daté du 23 janvier 2019 décrit comme applicable aux 3 secteurs d'accueil, ainsi que par des chartes de fonctionnement qui concernent la maternité et l'organisation de l'activité d'urgences pédiatriques. Des filières spécifiques sont identifiées.

Les risques relatifs au secteur, sont identifiés à partir d'une cartographie des risques élaborée sur un mode processus avec des professionnels. Toutefois, l'évaluation des risques du processus des urgences ne prend pas en compte l'ensemble du secteur de façon exhaustive. L'identification des risques n'intègre pas les processus support et logistiques ni les risques afférents aux filières identifiées. Les risques et indicateurs identifiés dans le CQ sont retrouvés, appuyés essentiellement sur les écarts de la visite précédente, avec des plans d'action dans le Plan d'action du secteur et dans le PAQSS sans lien systématique avec la cartographie des risques.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise). Des plans d'action prioritaires sont définis au sein d'un PAQSS. Ils incluent un échancier, un responsable, un indicateur de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes du processus « Urgences et soins non programmés » sont identifiés. Leurs missions sont précisées au niveau institutionnel.

L'organisation des urgences générales, sur un mode synthétique, est retrouvée dans un règlement intérieur (janvier 2019), concernant les locaux, les filières, (11 filières sont citées : Soins courts et longs, urgences vitales, AVC, Coronaire, Gynéco obstétricale, urologique, population vulnérable, gériatrique, médico judiciaire), l'affectation des ressources humaines, les recours à l'imagerie et aux spécialistes, etc.

Ce document est complété par divers protocoles et conventions et par des principes de fonctionnement relatifs à l'UHTCD et le SMUR.

Des documents détaillés précisent les modalités d'accueil pour les secteurs de pédiatrie, de gynécologie, d'obstétrique.

Le CH a prévu les ressources humaines conformes aux recommandations et à la réglementation pour le fonctionnement de la structure des urgences. Cela concerne en particulier le nombre et la qualification des médecins urgentistes, des paramédicaux, des IOA...

La séniorisation des différents sites d'accueil est organisée. Le CH dispose d'un plan de formation et d'une organisation formalisée pour l'intégration des nouveaux arrivants. La formation continue, médicale et paramédicale est organisée tenant compte des besoins du secteur. Des formations spécifiques sont organisées tenant compte des besoins du service (échographie, PEC AVC...). La formation des IOA est organisée.

Les circuits de prise en charge sont définis, tenant compte du degré d'urgence et de la typologie des patients. Les filières spécifiques de prises en charge sont prévues et formalisées: IDM, AVC, Gériatrie, psychiatrie...

Pour les spécialités n'existant pas dans l'établissement (Urologie avec la clinique), des conventions sont formalisées et les prises en charge sont organisées. Une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés est organisée et formalisée au niveau institutionnel avec les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes, hébergements...).

La gestion documentaire est organisée institutionnellement sur la GED. Cette documentation est prévue sur un mode structuré, appuyée sur des données réglementaires, de bonnes pratiques, sur les recommandations des sociétés savantes. Il est prévu que cette documentation soit accessible à l'ensemble des professionnels.

La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités sont prévues. Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu. Une réflexion est en cours concernant une mise en conformité architecturale.

Le SI des urgences est prévu pour couvrir l'ensemble des activités de la structure : accueil, soins, prise en charge médicale et paramédicale, prescription, examens para cliniques et médico techniques, interface avec les secteurs d'activité. Le SI permet la production d'indicateurs de fonctionnement. Il permet, en particulier, l'évaluation et l'analyse des temps d'attente et de passage, et l'alimentation de la base régionale.

L'ensemble des données est intégré dans un dossier patient unique communiquant avec le dossier d'établissement.

Le SI des urgences est intégré au SI de l'établissement selon des modalités opérationnelles définies, permettant de retrouver l'ensemble des données du patient en temps réel et respectant les règles institutionnelles d'identitovigilance. Le même système d'information est installé à l'accueil pédiatrique et est en cours de déploiement à l'accueil gynéco obstétrical.

L'accessibilité à l'imagerie est possible au travers du PACS d'établissement.

Les interfaces avec les secteurs cliniques sont organisées : modalités de diffusion de l'information, de prescription, d'hébergement, d'identification du médecin référent, stratégie institutionnelle validée par l'institution en cas d'hébergement dans un secteur ne relevant pas de la pathologie du patient, intervention des spécialistes non urgentistes, des équipes ...

Les circuits patients sont prévus au sein de la structure incluant les vérifications identitaires et leur traçabilité à chaque étape de prise en charge.

La possibilité d'hospitalisation directe est organisée.

La démarche qualité du secteur est articulée avec la démarche institutionnelle et s'appuie sur l'équipe QGDR de l'établissement. La déclaration et le traitement des EI sont organisés sur un mode institutionnel.

L'analyse des EI est prévue de même que l'organisation de CREX et RMM.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels des urgences connaissent la stratégie et la mettent en œuvre chacun dans son domaine et de façon collaborative.

L'analyse des risques a priori est établie avec des professionnels. Ils sont impliqués dans les plans d'action.

Les professionnels des urgences sont informés des modalités de fonctionnement et des objectifs stratégiques du service (réunions de service, de pôle, notes d'information...). Les modalités de signalement des EI, de leur traitement (CREX, RMM...) sont définies et mises en œuvre.

Les professionnels évaluent leurs pratiques. 35 EI ont été déclarés en 2018 aux urgences générales. L'analyse des temps de passage justifie d'analyse pour réajustement. Les évaluations sont suivies d'actions correctives. Les difficultés induites par l'architecture et les circuits sont identifiés et sont le fondement d'une réflexion en cours concernant un accueil plus respectueux de l'intimité et de trajectoires plus facilitées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires à l'activité des urgences sont conformes à la réglementation et aux recommandations (SFMU) : en particulier les compétences, formations adaptées, les effectifs médicaux et paramédicaux, IOA...). Les gardes et astreintes séniorsées sont assurées. Les tableaux de garde et de présence du service et des

différents secteurs d'activité sont disponibles et diffusés. Les formations initiales et continues, selon les orientations du secteur, l'intégration des nouveaux arrivants, des internes, sont assurées régulièrement. Un parcours est défini concernant les IAO.

La gestion des boxes d'urgence prend en compte les ressources et est conforme à la stratégie des filières. L'organisation interne de la structure est formalisée. La disponibilité des lits d'aval est connue par appel téléphonique régulier.

La documentation est disponible, accessible, connue, validée, datée, sur les supports numériques au format qualité. Néanmoins, la documentation n'est pas totalement intégrée au dispositif qualité. Il existe une documentation parallèle, partagée sur un fichier commun, non retrouvée dans la GED, quelquefois imprimée, non systématiquement actualisée, dont l'auteur n'est pas toujours identifié.

Les matériels nécessaires à l'activité des urgences sont disponibles. Leur maintenance préventive et curative est assurée.

Les modalités de prise en charge de la douleur sont disponibles.

Les stockages peuvent être sécurisés (Médicaments, aiguilles...). Le plan d'équipement est opérationnel. Les matériels informatiques permettent l'enregistrement de l'activité et l'intégration des données au dossier, ainsi que l'extraction de données d'activité et de flux.

Les locaux prévoient l'accueil de patients assis, couchés, en détresse ainsi que l'hospitalisation de courte durée. Cependant, l'architecture actuelle ne garantit pas toujours l'intimité, la sécurité, la confidentialité des actes et la dignité des patients. La zone d'attente « patients assis » dans laquelle les patients non vus et ceux en attente de résultats n'est pas surveillée à l'exception du possible regard de l'agent du bureau d'accueil. Dans la zone d'attente de soins ou de départ « patients couchés », les patients ne sont pas systématiquement séparés par des rideaux ou paravents, sont disposés en vis à vis et bien qu'une unique personne soit dédiée à la surveillance, il n'est pas possible de garantir la sécurité, au regard de la configuration des locaux. A l'accueil pédiatrique, la zone d'attente est constituée de sièges alignés dans le couloir passant et ne permet pas de préserver l'intimité. Ces différents aspects avaient été identifiés lors de la première visite V2014. Ces différents aspects avaient été identifiés lors de la première visite V2014. L'établissement bénéficiait d'un copermo relatif à la modernisation de ses unités de soins. Les urgences adultes ont déjà fait l'objet d'une rénovation transitoire mais encore insatisfaisante à ce jour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les règles et objectifs définis pour le fonctionnement des urgences: organisation des filières et leur mise en œuvre, interfaces avec les services, identitévigilance, règles de bonnes pratiques, mise en oeuvre des protocoles, contrôles, hygiène, effectivité des ressources humaines, matérielles et documentaires.

Le secteur dispose d'un psychiatre à demeure, d'une accessibilité à l'imagerie selon deux modalités (permanence des soins interne ou sous traitement téléradiologique). Les médecins imageurs disposent de la possibilité d'accès aux images depuis leur domicile.

L'accès aux services et consultations de spécialité est effectif.

L'hébergement dans les services avec la désignation d'un médecin référent est fonctionnel.

La consultation de l'état des disponibilités en lits est effective. Le système d'information permet d'assurer la continuité des soins, la coordination des professionnels et l'accessibilité du dossier en temps utile. La séniorisation des sorties est assurée.

L'organisation définie est mise en œuvre et respectée : programmation, filières, etc.

Les circuits patients et logistiques sont respectés et mis en œuvre : circuit court, long, direct, circuits AVC, IDM, filières gériatrique, psychiatrique, logistique, médicament, etc. Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles, en particulier la biologie, la PUI, la radiologie, l'EOH, services techniques, etc.

Cependant, la sécurisation des médicaments n'est pas généralisée. Il a été observé une absence de sécurisation de l'armoire de médicament, ainsi que l'absence d'identification claire de produits à risque (KCL). Par ailleurs la traçabilité des températures des frigos est irrégulière.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des EPP sont réalisées, des CREX et RMM sont organisés soit à l'échelle du secteur soit transversalement avec d'autres services.

Des indicateurs quantitatifs d'activité portant sur les urgences générales et pédiatriques (passages, taux horaires, délais, selon l'âge...). Des travaux de thèse et mémoires sont effectués dans le secteur.

Le service exporte vers la plateforme régionale des données de veille sanitaire et un bilan annuel de réseau est fourni.

Cependant, le dispositif d'évaluation du processus Urgences n'est pas structuré. Il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs qualitatifs récurrents portant en particulier sur l'efficacité et la pertinence, ni sur les délais de prise en charge par les spécialités ou l'accès à l'imagerie.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en œuvre suite à l'identification des risques à priori et aux EI identifiés, ainsi que suite aux résultats des audits, et évaluations. Ces actions sont intégrées au programme institutionnel et sont priorisées en lien avec le service qualité.

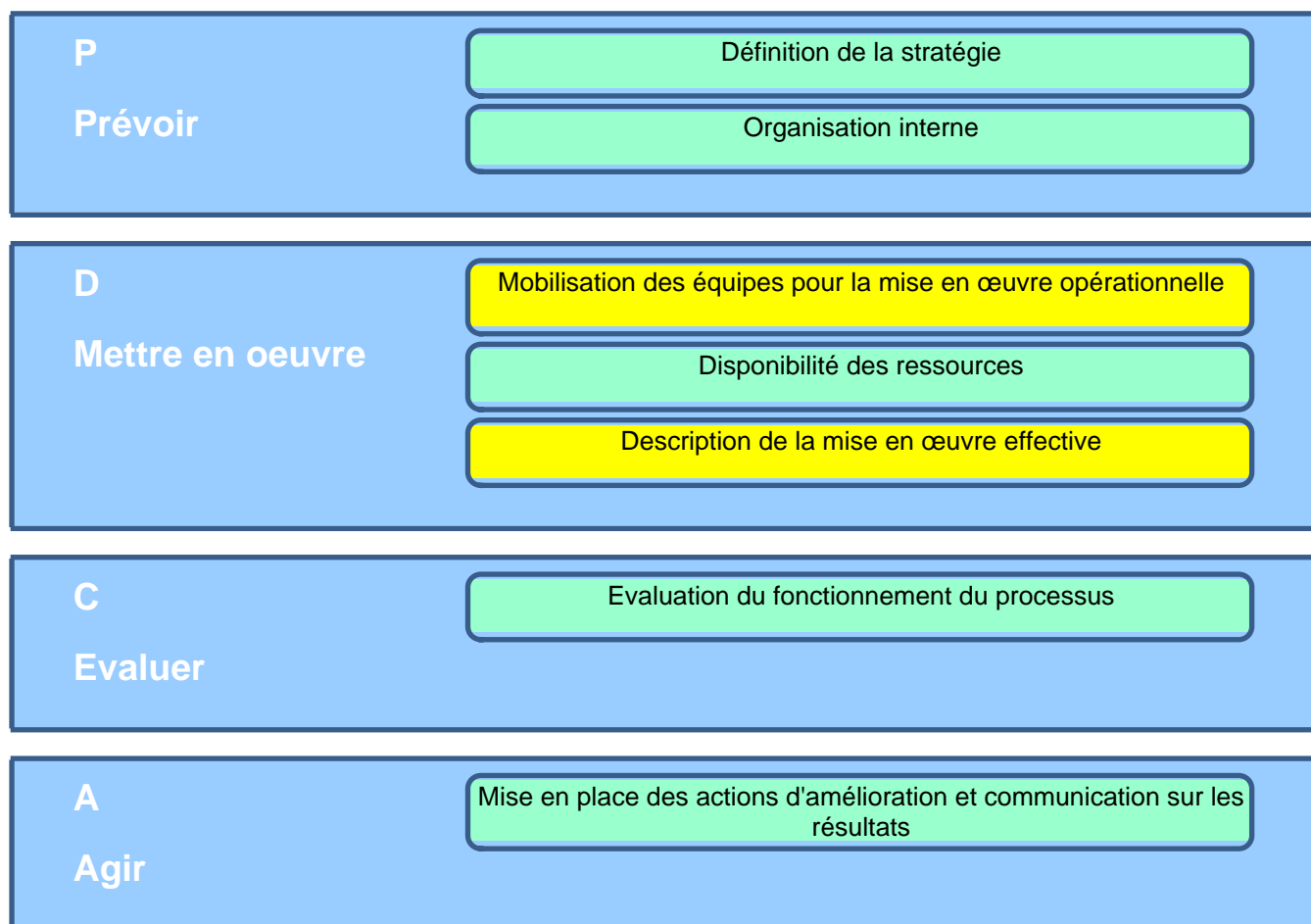
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH Macon dispose d'un bloc opératoire composé de 7 salles (2 ISO 5 et 5 ISO 7) dont une consacrée à la pose de KT, de 11 postes de SSPI. Ces salles sont disposées dans des locaux anciens mais réhabilités et bien entretenus.

Par ailleurs une Unité de Chirurgie Ambulatoire de construction récente est ouverte sur la base de 20 places avec une activité polyvalente partagée avec l'imagerie interventionnelle et la gynécologie. Le taux ambulatoire est de 45%.

Le CPOM 2012- 2017 et le Projet d'établissement 2009- 2013 étant échus, le seul document stratégique disponible est le Projet médical du GHT qui évoque la consolidation de la filière chirurgicale et le développement de l'ambulatoire.

La stratégie repose sur une charte de bloc opératoire et une charte ambulatoire qui panachent des éléments de structure et d'organisation.

Elle intègre les besoins de l'établissement pour son bloc, en particulier concernant les ressources humaines, programmation, pour les différents aspects fonctionnels (chirurgie programmée, en urgence, chirurgie ambulatoire,... Elle ne mentionne pas les aspects support et logistique.

Les différents secteurs opératoires sont définis. La régulation opératoire est prévue.

Les risques relatifs au BO, sont identifiés à partir d'une cartographie des risques élaborée avec les professionnels, des indicateurs obligatoires et internes, des EI déclarés, des conclusions du rapport initial V2014.

Une analyse des risques a priori est formalisée avec les professionnels. Elle est structurée sur la base d'une démarche processus de prise en charge du patient pour la chirurgie programmée.

Cependant, l'évaluation des risques du processus Bloc opératoire ne prend pas en compte l'ensemble du secteur de façon exhaustive. L'analyse de risque n'intègre pas les éléments spécifiques à l'urgence et à l'activité ambulatoire, ni les processus support et logistiques.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise). Des plans d'action priorités sont définis en rapport, incluant un échéancier, un responsable, des modalités de suivi.

Le CQ intègre certains risques identifiés. Les objectifs précisés dans la stratégie relative au bloc et les plans d'action sont intégrés dans le PAQSS et sont priorités.

ORGANISATION INTERNE

Des pilotes du processus BO sont identifiés. Leurs missions sont précisées.

Le CH a prévu les ressources humaines conformes aux recommandations et à la réglementation pour le fonctionnement de son bloc.

Cela concerne en particulier le nombre de MAR, les IADE, la disponibilité d'un MAR en SSPI, les IBODE, le rôle des IDE...

L'ES dispose d'un plan de formation et d'une organisation formalisée pour l'intégration des nouveaux arrivants. La formation continue, médicale et paramédicale est organisée tenant compte des besoins.

Les formations à la radioprotection sont organisées.

La formation à la chirurgie ambulatoire est prévue.

La gestion des RH est organisée concernant en particulier les recrutements, le maintien des compétences et les remplacements.

La gestion documentaire couvrant les besoins du bloc, est organisée, informatiquement et/ou sur des supports papiers.

Cette documentation est prévue sur un mode structuré, appuyée sur des données réglementaires, de bonnes pratiques, sur les recommandations des sociétés savantes.

Il est prévu que cette documentation soit accessible à l'ensemble des professionnels quel que soit le support. Le support valide est précisé.

La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités sont

prévues.
Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu.
La disponibilité du matériel d'urgence est organisée.

Le SI du est prévu pour couvrir certaines activités : consultation chirurgicale, CPA, VPA, CR des actes chirurgicaux, actes anesthésiques pré-per-post op, biologie, traçabilités des ouvertures de salle, traçabilité des DMI scannée, Check list, suivi en SSPI, CR opératoire, interfaces avec les services cliniques et médico techniques, pharmacie, stérilisation, traçabilités identitaires...
La programmation n'est pas informatisée.

L'ensemble des données est intégré dans un dossier patient unique.

La programmation n'intègre pas toutes les composantes de la filière patient .
La programmation est effectuée manuellement à partir de la consultation chirurgicale qui dispose des possibilités d'occupation de salles tenant compte des effectifs paramédicaux et médicaux, et des vacances. Pour les patients de l'UCA, il n'est pas tenu compte dans cette programmation, ni des disponibilités d'aval. L'indicateur HN confirme l'absence de programmation informatisée.

Les modalités d'intervention de l'EOH sont prévues ainsi que la transmission des informations relatives à l'hygiène. Les liens avec la PUI sont formalisés.

L'accessibilité aux données du laboratoire, les interventions anapath., l'accès à l'imagerie sont organisés.

Les approvisionnements et circuits du linge et des sabots sont organisés.
Le circuit des déchets (tri, contenant, évacuation) est organisée et validé par l'EOH.

Le transport des patients est organisé : système d'appel, de brancardage, gestion des lits, traçabilité des vérifications identitaires...

Les contrôles bactériologiques portant sur l'environnement opératoire et l'eau, les contrôles de pression, flux, particulaires...sont organisés en lien avec l'EOH et les services techniques.
La gestion de des informations afférentes est organisée.

La qualification des salles est prévue régulièrement. La traçabilité des pressions à chaque ouverture de salle est prévue.

Unconseil de bloc est actif, qui se réunit régulièrement, de même qu'une cellule de programmation. La programmation est effectuée manuellement, tenant compte des effectifs et vacances, la semaine précédant l'acte, avec réajustement à J-1 en cas de besoin.
L'établissement a mis en place une stratégie de « patient debout » et adapté ses circuits en conséquence.

Une synergie Public- Privé est mise en place concernant l'urologie, avec les praticiens de la clinique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels connaissent la stratégie définie (objectifs, documents de cadrage, charte de bloc, y compris pour la Chir. Ambu,...) et la mettent en œuvre chacun dans son domaine et de façon collaborative.
Les documents stratégiques sont établis, disponibles, connus et diffusés.
L'analyse des risques a priori a été établie avec les professionnels concernés. Ils sont impliqués dans les plans d'action. Les professionnels du bloc sont informés des modalités de fonctionnement et des objectifs stratégiques (réunion du conseil de bloc...).
Cependant, l'acculturation de tous les professionnels à la démarche qualité n'est pas généralisée. Comme déjà identifié dans la précédente visite V2014, l'implication, en particulier médicale est hétérogène. La participation à la CL ne rencontre pas l'adhésion systématique comme le confirme un audit et la visite terrain au cours de laquelle le désintérêt du chirurgien pour le time out était évident. La CK est néanmoins systématiquement réalisée par les paramédicaux.
Ces différents points avaient été relevés lors de la visite initiale.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires à l'activité opératoire sont conformes à la réglementation et aux recommandations (SFAR) : en particulier les effectifs médicaux et paramédicaux en salle d'op, en SSPI. Les gardes et astreintes séniorsées sont assurées. Les tableaux de garde et de présence sont disponibles et diffusés.
Les modalités de rappel sont organisées.

Les formations initiales et continues, les formations à la radioprotection, l'intégration des nouveaux arrivants sont assurées régulièrement.

Cependant, la formation à la radioprotection n'est pas exhaustive pour les professionnels.

A la suite de la visite initiale et du rapport ASN, l'établissement a réussi à former la majorité des professionnels pour la composant « patient », toutefois, une forte proportion reste à former pour la composante « travailleur ».

La gestion des salles et la programmation prennent en compte les effectifs disponibles.

La formation à la chirurgie ambulatoire est en cours.

La documentation est disponible, accessible, connue, validée, datée, sur des supports actualisés, et standardisés au format qualité. La révision documentaire est effective.

La documentation concerne les actes, les contrôles, les circuits, les procédures d'hygiène, les programmations, les résultats d'analyse...

Les matériels nécessaires à l'activité sont disponibles (chirurgical, anesthésique, informatique...). Leur maintenance préventive et curative est assurée. Le plan d'équipement est opérationnel.

Les matériels permettent l'enregistrement de l'activité et l'intégration des données au dossier.

Les dosimètres sont disponibles, de même que les tabliers de protection.

Cependant, le matériel pharmaceutique n'est pas toujours sécurisé en SSPI. Lors des visites terrain, il a été constaté que l'armoire centralisée de médicaments du BO en SSPI est systématiquement ouverte et que les clés des toxiques sont disposées sur le coffre.

Les locaux sont conformes aux recommandations.

L'architecture permet la marche en avant (circuit patient, vestiaires). Les salles sont conformes et adaptées à l'activité effectuée.

La qualification régulière des salles est effectuée (ISO 5 et 7). Les contrôles d'hygiène sont effectués régulièrement, tracés et transmis au BO. Le dé cartonnage est effectué à l'extérieur du BO.

La marche en avant est possible.

L'accès au Bloc est contrôlé. Il n'y a pas de mobilier en bois. Il n'y a pas de carrelage.

Les dispositifs d'ouverture et de fermeture des salles permettent de garantir le maintien des pressions de salle.

Le nombre de places de SSPI est conforme, en lien avec le nombre de salles. Les horaires d'ouverture de la SSPI sont en rapport avec l'activité. Les locaux peuvent permettre l'intimité, la confidentialité. Les locaux de chir. ambu sont adaptés.

Cependant, l'intimité et la dignité ne sont pas respectés en SSPI. Lors de la visite terrain, il a été constaté que les paravents disponibles en SSPI ne sont pas systématiquement utilisés par les professionnels sauf pour certains actes. Il en résulte une absence de respect de l'intimité des patients, en particulier lors de leur réveil. Cette situation a été confirmée par les professionnels rencontrés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les règles définies pour le fonctionnement du BO : programmation et sa mise en œuvre, identitovigilance, CL, règles de bonnes pratiques, contrôles, hygiène, effectivité des ressources humaines, matérielles, documentaires, absence de glissements de taches....

Les professionnels s'organisent pour rendre efficiente leurs synergies. Les circuits patients et logistiques sont respectés et mis en œuvre : circuit programmé, non programmé, urgent, logistique, médicament, stérilisation...

Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles : en particulier la biologie, l'anapath., la PUI, la stérilisation, la radiologie, l'EOH, services techniques...

Le conseil de BO se réunit régulièrement. La programmation opératoire fait l'objet de concertation.

La signature de sortie est anticipée en UCA. Certains chirurgiens anticipe la sortie de leur patient. Si c'est le cas, le score de Chung est vérifié par les paramédicaux avant la sortie.

Cependant, la traçabilité n'est pas totalement effective.

Lors des visites terrain, il a été constaté que le professionnel paramédical en charge du renseignement de la fiche « PRION » qui accompagne le matériel vers la stérilisation, coche les cases relatives à l'absence de risque systématiquement, sans concertation avec le médecin, sans information relative à l'état de santé réel du patient, sans support de référence auquel se référer. Il en résulte que des boites possiblement contaminées entrent dans le circuit de stérilisation conventionnel.

Par ailleurs, lors des entretiens et de la consultation des dossiers dans le cadre des patients traceurs en orthopédie, il a été constaté et validé par les praticiens, l'absence de traçabilité de la réflexion bénéfice

risque et d'information délivrée au patient. Enfin il a été constaté que le paramédical chargé de l'accueil des patients, ne trace pas ses actes de vérification de l'identité, de la conformité du dossier.

Les mesures d'hygiène ne sont pas assurées à toutes les étapes de la prise en charge. A l'entrée du bloc les lits et les patients sont introduits dans l'enceinte, stockés temporairement en zone d'attente, le patient est ensuite installé in situ sur le plan opératoire amené dans la zone puis conduit au bloc. Le lit traverse ensuite l'enceinte en direction de la SSPI dans laquelle, en fin d'intervention le plateau opératoire sera conduit avec le patient en post opératoire. Il en résulte un croisement de circuit propre sale.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des Indicateurs de fonctionnement sont définis et partiellement suivis, Indicateurs obligatoires (IQSS, HN...), Indicateurs locaux quantitatifs et qualitatifs (fonctionnement de l'activité opératoire, outils de pilotage...), évaluations de la CL, pertinences, pratiques, hygiène...

Des EPP, CREX, RMM sont organisées à des degrés divers selon les secteurs.

Toutefois, le dispositif d'évaluation du processus Bloc opératoire n'est pas structuré.

Le cadre de bloc produit manuellement, et mensuellement, et sans outil informatisé de programmation, des indicateurs de pilotage du secteur (activité, TVO, TROS, Taux d'utilisation, débordement, etc.). Mais il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs qualitatifs (pertinence, efficacité, EI, EI significatifs de radioprotection, délais, etc.) permettant d'assurer le pilotage et de vérifier l'efficacité de la stratégie définie et de l'organisation mise en place.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux évaluations et à l'analyse préliminaire des risques. Ces actions issues des évaluations et de l'analyse des risques a priori sont priorisées, inscrites au PAQSS et suivies. Une information est délivrée aux instances et aux professionnels.

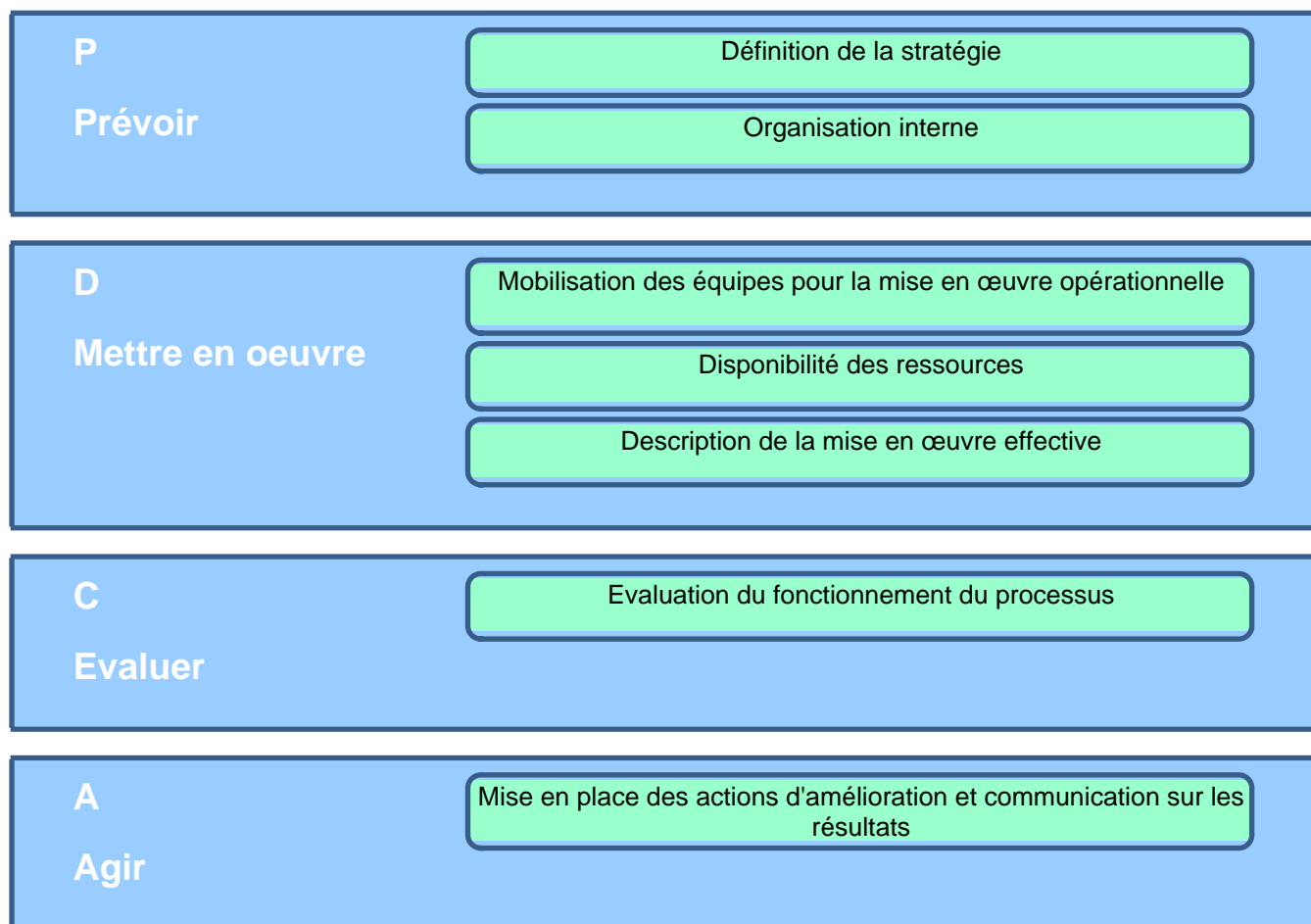
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH Macon dispose d'une unité d'imagerie interventionnelle située au 1er étage du bâtiment principal en continuité du secteur d'imagerie. Deux salles sont consacrées à cette activité : une salle ISO 7 dédiée à la cardiologie (coronarographie et angioplastie) et une salle vasculaire ISO 5 pour les embolisations, pose de stent des membres, fistules, pose de pace maker, etc. La programmation relevant d'une AG relève de deux vacations par semaines pour la salle vasculaire.

La stratégie est formalisée à partir de documents de janvier 2019 « Politique de prise en charge du patient dans les secteurs à risque pour l'imagerie interventionnelle » qui prévoit les lieux, pilotage et techniques, et « Prise en charge du patient en secteur à risque pour l'imagerie interventionnelle » qui précise les organisations de cardiologie interventionnelle, de radiologie interventionnelle vasculaire et de pose de PM. Ces documents sont complétés par différentes procédures retrouvées dans la GED.

Le CPOM 2012- 2017 et le Projet d'établissement 2009- 2013 étant échus, le seul document stratégique disponible est le Projet médical du GHT qui identifie l'axe Paray – Macon pour la cardiologie interventionnelle.

Les risques relatifs au secteur, sont identifiés à partir d'une cartographie des risques élaborée sur un mode processus avec des professionnels. Ces risques prennent en compte l'activité programmée et urgente. Toutefois, l'évaluation des risques du processus Imagerie Interventionnelle ne prend pas en compte l'ensemble du secteur de façon exhaustive. L'analyse de risque n'intègre pas les processus support et logistiques.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise). Des plans d'action prioritaires sont définis au sein d'un PAQSS sans rapport identifié avec la cartographie des risques. Ils incluent un échancier, un responsable, un indicateur de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Un pilotage du processus est identifié dont les missions sont précisées. L'organisation est cadrée par la « Politique de prise en charge du patient dans les secteurs à risque pour l'imagerie interventionnelle » et la « Prise en charge du patient en secteur à risque pour l'imagerie interventionnelle ».

La programmation de l'activité est organisée sur un mode de bloc opératoire, tenant compte des vacations, des besoins anesthésiques, de l'activité programmée et urgente. Une partie de l'activité est organisée à partir de l'unité ambulatoire (lit ou patient debout)

Le CH a prévu les ressources humaines conformes à l'activité et depuis la première V2014 s'est mis en conformité pour assurer la permanence des soins H24 pour les urgences cardiologiques (3 cardiologues) et vasculaires (Imageur et chirurgien vasculaire). Une stratégie de formation est définie. Les formations à la radioprotection sont organisées (patient et professionnel).

Un PCR est identifié.

La qualification des salles est prévue en lien avec le biomédical et l'EOH. La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités sont identifiées. Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu.

La gestion documentaire est informatiquement organisée sur un mode structuré dans la GED. Elle couvre les différents besoins : pratiques médicales, paramédicales, logistique, matériel, hygiène, et est accessible à l'ensemble des professionnels.

Le SI du secteur est intégré au SI de l'établissement et est prévu pour couvrir l'ensemble des activités : consultation, CPA, VPA, actes anesthésiques pour les actes sous AG.

La biologie est accessible informatiquement. Les ouvertures de salles sont tracées numériquement dans l'outil institutionnel, de même que la Check list. L'imagerie est stockée dans le PACS de l'établissement et accessible. Il est prévu la traçabilité des DMI et des doses reçues dans le dossier patient.

Les interfaces avec les secteurs cliniques sont organisées.

Les modalités d'intervention de l'EOH sont prévues ainsi que la transmission des informations relatives à

l'hygiène.

La démarche qualité est articulée avec la démarche institutionnelle et s'appuie sur l'équipe Qualité de l'établissement. La déclaration et le traitement des EI sont organisés sur un mode institutionnel. L'analyse des EI est prévue de même que l'organisation de staff et RMM.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

A l'échelle du secteur, les professionnels connaissent la stratégie définie et la mettent en œuvre chacun dans son domaine et de façon collaborative. L'analyse des risques a priori a été établie avec les professionnels concernés. Ils sont impliqués dans les plans d'action. Les professionnels sont informés régulièrement des modalités de fonctionnement.

Les modalités de signalement des EI, de leur traitement (CREX, RMM...) sont mises en œuvre. Les professionnels évaluent leurs pratiques au travers de staff (Cardio/chirurgie vasculaire), RMM. Les évaluations sont suivies d'actions correctives mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires à l'activité interventionnelle sont conformes à la réglementation et aux recommandations. La permanence des soins est assurée H24. Les gardes (en USIC) et astreintes (interventionnelle) séniorsées sont assurées. Les tableaux de garde et de présence sont disponibles et diffusés. Les modalités de rappel sont organisées. Les formations initiales et continues, les formations à la radioprotection, sont assurées régulièrement.

La gestion des salles et la programmation sont assurées.

La documentation est disponible, accessible, connue, validée, datée, sur des supports actualisés dans la GED.

Les matériels nécessaires à l'activité sont disponibles. Leur maintenance préventive et curative est assurée. Le plan d'équipement est opérationnel.

Les matériels permettent l'enregistrement de l'activité et l'intégration des données au dossier. Le PACS est opérationnel. Les dosimètres sont disponibles, de même que les tabliers et matériels de protection. Les locaux sont conformes aux recommandations. L'architecture permet la marche en avant (circuit patient, vestiaires). Les salles sont conformes et adaptées à l'activité effectuée. La qualification régulière des salles est effectuée (ISO 5 et 7). Les contrôles d'hygiène sont effectués régulièrement, tracés et transmis au secteur. Le dé cartonnage est effectué à l'extérieur des salles. Les stockages sont organisés. L'accès aux salles est contrôlé. Les dispositifs d'ouverture et de fermeture des salles permettent de garantir le maintien des pressions de salle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les règles définies pour le fonctionnement (programmation et sa mise en œuvre, identitovigilance, Check List, règles de bonnes pratiques, contrôles, hygiène, effectivité des ressources humaines, matérielles, documentaires,...) et s'organisent pour rendre efficiente leurs synergies.

Les circuits patients et logistiques sont respectés et mis en œuvre: circuit programmé, non programmé, urgent, etc.

La programmation fait l'objet de concertation.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les traçabilités sont organisées en particulier pour les DMI et les aspects liés à la radioprotection.

Cependant, la traçabilité des pressions de salle n'est pas effective.

Les professionnels rencontrés ne tracent pas les pressions de salle sur la fiche d'écologie informatisée. Ils ignoraient lors de la visite, cette notion. L'observation des indicateurs de pression montrait lors de la visite une pression à 40 pour la salle vasculaire et à zéro pour la salle interventionnelle cardiaque (malgré le ressenti de pression). Les conditions d'hygiène de la salle ne peuvent être garanties en l'absence de contrôle et de conformité des pressions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur interventionnel produit un certain nombre d'indicateurs, portant surtout sur des aspects quantitatifs. Toutefois, le dispositif d'évaluation n'est pas structuré. Il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs (activité, efficacité, EI, EI significatifs de radioprotection, délais....) permettant d'assurer le pilotage et de vérifier l'efficacité de la stratégie définie et de l'organisation mise en place.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en œuvre suite à l'identification des risques à priori et aux EI identifiés. Ces actions sont intégrées au programme institutionnel et sont priorisées en lien avec le service qualité.

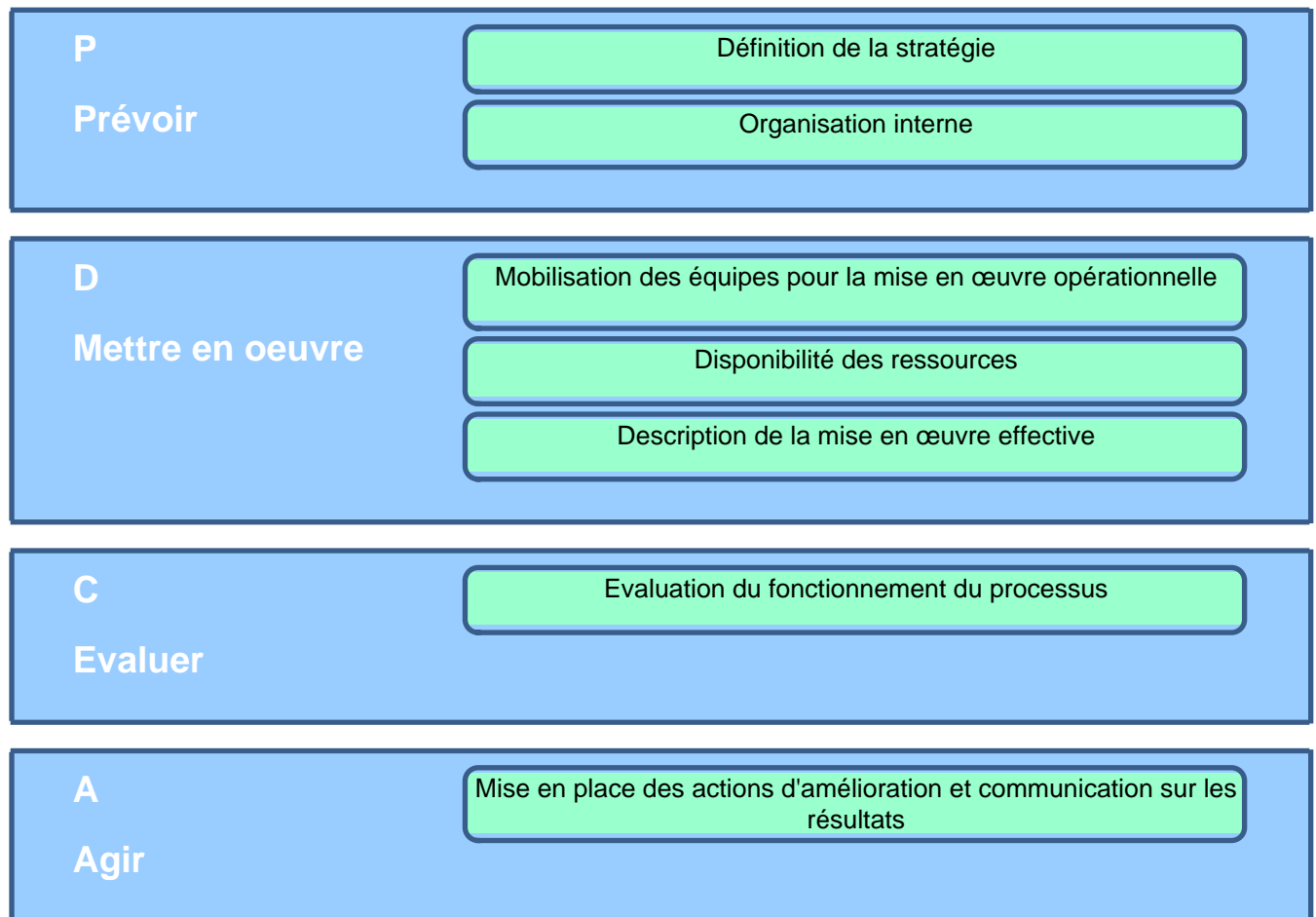
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de la prise en charge du patient, actualisée en janvier 2019, dans les secteurs d'endoscopie s'inscrit dans l'axe 3 des orientations du CPOM « Maintien d'un plateau technique référent par une mise aux normes ».

La politique prend en compte l'ensemble des activités réalisées dans l'établissement, en ambulatoire, en hospitalisation complète, en consultation pour toutes les spécialités concernées : ETO, Pneumologie, gastro-entérologie, ORL.

L'établissement dispose d'un site dit d'endoscopie, contiguë au bloc opératoire dont il partage la SSPI. Ce site comporte 3 salles d'activité dont une salle dédiée aux AG, (gastro-entérologie, pneumologie) une zone d'entretien des endoscopes, une zone de stockage des DMS, trois zones d'accueil des patients (patient sous AG, patient debout et patient couché). Le secteur est organisé sur le principe d'une marche en avant.

L'établissement dispose également d'une activité sur le site de réanimation (pour ETO et fibro-bronchique), la consultation (ETO, naso-fibroscopie) ; secteurs autonomes d'un point de vue entretien de leurs endoscopes et de gestion de leur activité.

Suite à la précédente visite de certification, l'établissement a complété sa cartographie du processus par une cartographie spécifique à l'ETO.

L'analyse globale des risques a priori et a posteriori est établie sur la base des recommandations de sociétés savantes, des EI, des indicateurs, des résultats d'audits internes, des EPP, des recommandations de la dernière certification HAS V2014.

Les risques définis avec les opérateurs et les professionnels concernés (soignants, EOH, service biomédical, etc.), ont été cotés à partir de la grille HAS, hiérarchisés et priorisés dans le CQ qui est intégré au PAQ de la thématique et au PAQ institutionnel.

Le programme comporte les éléments de suivi (pilote d'action, échéance, etc.). Ce programme est présenté en COPIL qualité et au directoire.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a organisé le pilotage de la thématique d'un point de vue institutionnel.

Le secteur d'endoscopie est intégré au pôle logistique. Le chef du pôle (médecin réanimateur) pilote la thématique avec un groupe pluri-professionnel (EOH, opérateurs, ingénieur biomédical, soignants ...) pour l'ensemble des spécialités et l'ensemble des secteurs d'activité. Le pilote dispose d'une fiche de poste.

Les ressources nécessaires en terme de locaux, matériels, compétences, et gestion documentaire sont identifiées. Les locaux du secteur d'endoscopie et des secteurs de consultation, la réanimation sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques. Les locaux de lavage disposent de laveurs et de paillasse manuelles nécessaires. Les locaux sont équipés de système d'évacuation des vapeurs acides y compris sur les paillasse. L'approvisionnement en eau des laveurs est conforme.

Une commission dédiée à la gestion des DM vient en appui au pilotage de la thématique pour le suivi de la vétusté, l'achat, la maintenance préventive et curative.

La gestion documentaire est organisée en terme de démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité / sécurité pour les professionnels. Le fonctionnement des secteurs repose sur deux documents ; la charte du secteur d'endoscopie et un protocole de « prise en charge du patient dans les secteurs à risques endoscopie ».

La formation des professionnels est organisée au travers du plan de formation et avec les fournisseurs le cas échéant.

Le système informatique prend en compte le suivi et la traçabilité des opérations de lavage, de stockage et de l'utilisation des DM.

Le DPAI organise les interfaces entre les secteurs concernant la gestion des demandes d'examens, la traçabilité de l'acte (CRO), le risque PRION, le courrier de sortie au médecin traitant, le suivi identitaire du patient et la PEC.

Le circuit du patient est organisé avec les secteurs concernés comme le bloc opératoire, la SSPI, les services cliniques, le laboratoire.

Les liens sont établis avec le laboratoire et l'imagerie pour le suivi des résultats d'examens

Les liens avec le coordonnateur de la gestion des risques se font au sein du COPIL.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables du secteur d'endoscopie sensibilisent les professionnels sur le processus et sur les risques.

L'organisation des secteurs les rencontres au quotidien entre les professionnels, les réunions de service et du groupe de pilotage favorisent les échanges sur les enjeux du processus entre les opérateurs, les membres de l'EOH, les soignants des zones d'entretien et d'activité, le biomédical.

Les professionnels partagent le suivi d'indicateurs sur la gestion des DM (réparation, retour de réparation, suivi des prélèvements, cahier de vie des DM...).

Les professionnels ont connaissance, en temps réel, des résultats bactériologiques dans un fichier partagé avec l'EOH.

Les professionnels déclarent les EI et participent aux CREX, RMM du secteur et contribuent aux audits du processus.

Ils sont partie prenante des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement organise la mise à disposition des ressources humaines, des ressources documentaires et des matériels.

Le fonctionnement des secteurs et de la PEC du patient dans les situations programmées et les situations d'urgence déclinés dans les documents qualité sont disponibles : la charte du secteur d'endoscopie révisées en janvier 2019 et un protocole de « de PEC du patient dans les secteurs à risques en endoscopie ».

La gestion documentaire met à disposition des modes opératoires pour les opérations d'entretien, de gestion des DMS, pour toutes les spécialités, en particulier en cas de risque suspecté d'ATNC ainsi que des modes opératoires pour la zone de stockage des DM.

Des documents d'information du patient sont disponibles comme par exemple des recommandations après une bronchoscopie, rectoscopie, gastroscopie en ambulatoire etc.

Suite aux recommandations de la précédente visite de certification, le CHM a organisé la mise en œuvre d'une garde alternée au niveau du territoire, calquée sur l'organisation du CH de Chalon sur Saône concernant le fonctionnement de week end, des jours fériés et de l'amplitude de nuit de 8 H à 20 H.

Des formations sont organisées (plan de formation de l'Etablissement) : participation aux congrès du groupement infirmier pour la formation en endoscopie (GIFE), notamment.

Les locaux de traitement de chacun des secteurs de, réanimation (ETO et pneumologie), consultation (ETO et naso-fibroscopie) et du secteur d'endoscopie (gastroscopie et pneumologie) sont équipés de palliasses manuelles et de laveurs adaptés à leur activité de prétraitement, lavage, désinfection.

Le stockage des produits garantit le risque chimique sur tous les sites en lien avec les techniciens du CHM.

La salle d'activité sous AG et les salles hors AG comportent les éléments recommandés par les sociétés savantes en termes de surface, d'ergonomie, de dispositifs d'anesthésie et de traçabilité de la PEC des patients.

Le dossier patient informatisé permet la continuité des informations sur tous les postes et la traçabilité sécurisée du risque PRION ; la demande est un élément bloquant à la prise de rendez-vous.

L'accueil des patients debout et couché est organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités entre les différents secteurs est opérationnelle et permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

La programmation des patients et la réservation des salles se fait lors d'une commission de régulation entre le bloc opératoire la SSPI et les opérateurs.

La demande d'examen conditionne l'anticipation de la préparation des DM.

Le dépistage du risque PRION comme élément bloquant la demande sur le DPAI est effective comme cela a été démontré aux experts lors de la visite .

La réflexion bénéfico-risque est tracée après information du patient concernant les coloscopies et pour les gastroscopies par exemple l'information du patient sur le déroulement de l'examen est contrôlée avant l'acte par l'IDE et l'opérateur.

Cependant, l'accueil des patients sur le secteur d'endoscopie ne permet pas toujours de garantir leur intimité.

Les patients couchés sont accueillis dans une zone d'attente qui est également le bureau infirmier pour l'accueil des patients debout (salle d'attente) ainsi que le passage des professionnels. Lors de la visite, plusieurs patients étaient installés dans leur lit dans un espace restreint en grande promiscuité. Ils ne bénéficiaient pas de séparation de type paravent.

Le contrôle des données du patient (complétude du DPA et des informations du DPAI) est effectué par les IDE d'accueil.

La prise en charge du patient est tracée dans la check list d'endoscopie HAS, adaptée au fonctionnement du CHM par les professionnels.

La salle de SSPI, à proximité de la salle dédiée en endoscopie, est opérationnelle pour accueillir les patients le nécessitant.

En fin d'examen l'opérateur dicte le CRO, les documents de continuité de la PEC remis au patient.

Le courrier de sortie est adressé au médecin traitant dans les délais réglementaires.

Le cas échéant l'information du patient est complétée lors du retour des résultats de biopsie.

Les soignants IDE des secteurs d'endoscopie sont polyvalentes sur leur secteur et interviennent en zone de lavage ou d'activité ; elles connaissent et mettent en œuvre les bonnes pratiques à partir des procédures définies comme cela a été expliqué aux experts durant la visite.

Les soignants connaissent les modalités à mettre en œuvre en urgence comme cela a été constaté en USIC par exemple.

La traçabilité des DM est effective ; des documents de suivi ont été retrouvés dans les cahiers de vie des endoscopes lors de la visite sur tous les secteurs.

Le système de ventilation d'air est opérationnel au niveau des paillasse et en terme d'extraction d'air dans les zones de lavage.

Cependant, la qualité de l'air en zone de lavage du secteur de réanimation n'est pas garantie au moment de la visite. Lors de la visite de service, des vapeurs de produit acide sont perceptibles dans la zone de lavage comme l'attestent les professionnels. Cette zone exiguë par ailleurs est située en entrée de service, sans possibilité de fermeture (Il existe cependant une ventilation générale et une extraction d'air au dessus de la paillasse manuelle). Ce problème a priori a déjà été repéré par l'établissement. Après un échange avec les responsables, un mail explicatif ainsi qu'une date de maintenance (19 février) a été communiquée au service de réanimation(mail communiqué également aux experts durant la visite).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du processus sur la base d'outils identifiés et de suivi d'indicateurs.

Les résultats du suivi microbiologique des endoscopes sont partagés par les professionnels en temps réels comme cela a été montré aux experts dans un fichier dédiés.

Le secteur dispose également des résultats d'audits de processus réalisés avec la grille d'audit du GREPHH; cet audit comporte notamment une appréciation des compétences professionnels, la mise en œuvre de la politique établissement (politique achat, RI, maintenance) une appréciation des bonnes pratiques...L'audit de 2014 a été remis à jour en 2018.

L'établissement suit également une RMM sur le processus et une EPP sur la coloscopie.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations par les professionnels ; suite aux EI, aux EPP, aux audits comme en témoigne le CQ et du programme de la thématique actualisés transmis aux experts.

A titre d'exemple l'évaluation d'un EI a permis de réorganiser le repérage des DM propres et sales en réanimation.

L'audit du processus a donné lieu à des actions correctives sur la réanimation également en 2018.

Les actions du CQ sont suivis et ont conduit à des actions d'amélioration en particulier pour les dernières recommandations de la HAS (cartographie des risques en ETO, intégration de l'ETO dans le pilotage institutionnel, organisation d'une garde sur le territoire).

Le COPIL suit régulièrement les résultats du processus et les professionnels disposent depuis décembre 2018 d'une fiche synthétique de la thématique comportant notamment les résultats et les actions d'amélioration réalisées ou en cours.

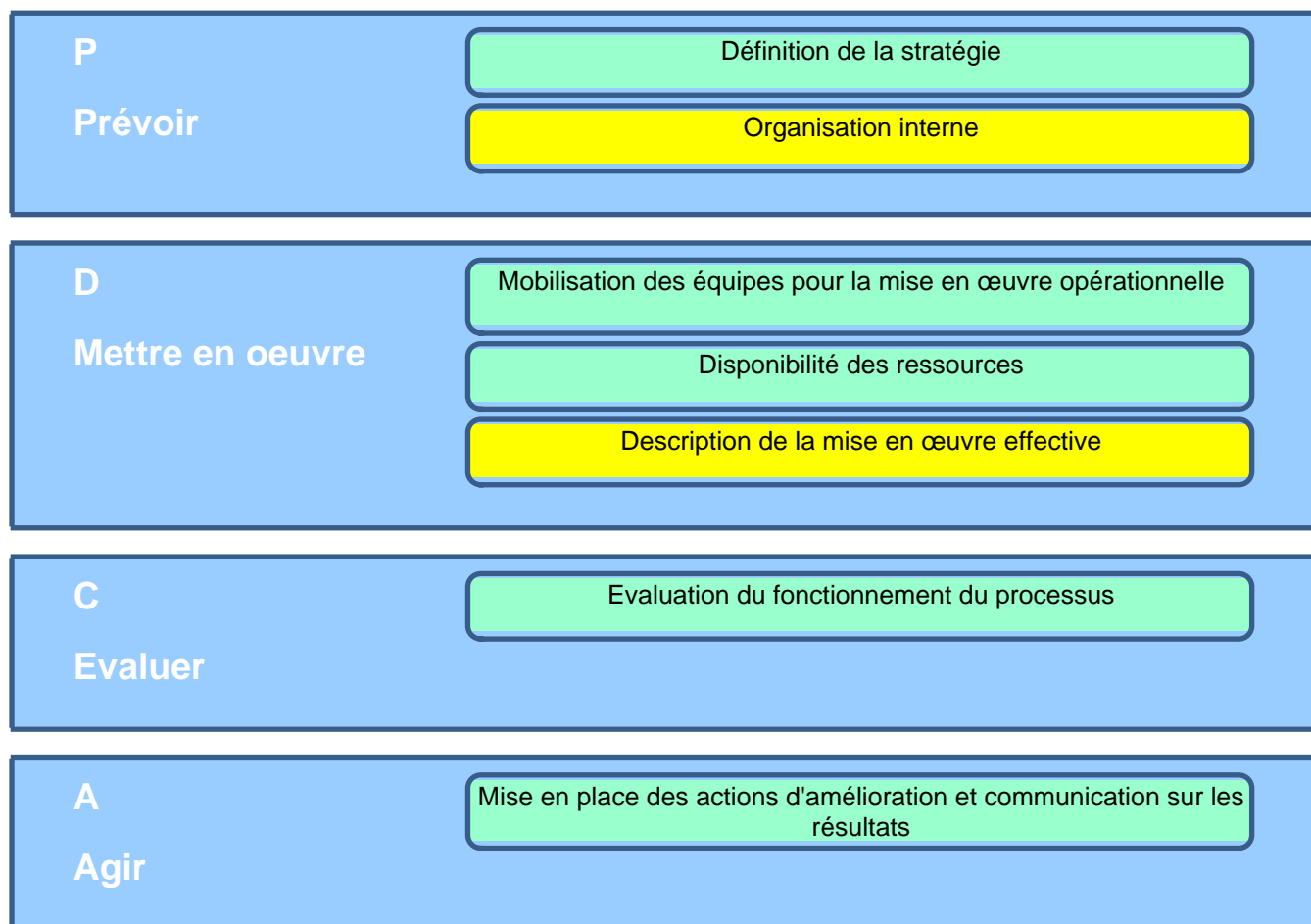
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de naissance est composé de 2 salles d'examen, d'une salle d'échographie, d'une salle de pré travail de 2 lits, de 4 salles d'accouchement, de 2 salles de bloc opératoire, d'une salle de surveillance post interventionnelle de 2 postes et d'une salle de réanimation bébé de 2 postes ; intégrés à ce plateau technique, une salle de soin, un bureau et un office.

L'établissement, dispose d'une maternité de niveau 2B de 35 lits répartis sur 1 service de suites de couches et un service accueillant les grossesses pathologiques. La maternité s'inscrit dans le maillage territorial avec le Réseau Périnatalogie de la région Bourgogne (RPB) et celui d'Auvergne Rhône Alpes (AURORE) et dans le cadre du GHT avec le CH de Paray le Monial (qui dispose d'une maternité de niveau 1) et dans une logique régionale avec le CHU de Dijon (maternité de niveau 3).

Les éléments de la politique validée par le COPIL qualité concernant le secteur mère enfant, intègrent des objectifs opérationnels pour optimiser la prise en charge des patientes en gynéco-obstétrique et la prise en charge des nouveau-nés. Cette politique s'intègre plus largement dans la politique du pôle notamment dans le cadre du circuit des urgences.

La cartographie des risques réalisée de façon pluriprofessionnelle lors de la certification précédente a fait l'objet d'une actualisation avec le pilote de la thématique, le médecin référent chef de service, les SF coordonnatrices et l'équipe qualité, à partir des fiches d'événements, des CREX et RMM, de la réglementation, des certifications et d'éléments de contexte.

Elle a ensuite été présentée au conseil de maternité pour validation. Cette cartographie a permis de définir un plan d'actions avec l'équipe pluriprofessionnelle (SF, AP, IADE, secrétaire, psychologues, ASH, gynéco-obstétricien), dont la déclinaison opérationnelle est assurée par les sages-femmes coordonnatrices et le médecin responsable d'unité.

Ce plan est régulièrement réactualisé en fonction d'éléments liés aux RMM et aux CREX. L'ensemble des actions est intégré dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin réanimateur responsable de pôle assisté du chef de service de la maternité et des sages-femmes coordonnatrices.

Les éléments de management opérationnel, les partenariats internes et externes, les circuits « patientes », les modalités de bio nettoyage, la traçabilité des matériels et les éléments de la gestion de risques sur le bloc obstétrical sont formalisés dans le cadre de la charte de maternité, validée en janvier 2019 par le conseil de la maternité.

Ce conseil est pluri-professionnel, et regroupe au moins un membre de chaque catégorie professionnelle intervenant en maternité. La fréquence des réunions est mensuelle. Ses missions sont définies et s'attachent à la rédaction et la révision de la charte de fonctionnement et d'organisation du bloc obstétrical et des unités attenantes, au respect de la charte, à la gestion de la programmation des actes chirurgicaux et des césariennes, à l'analyse des indicateurs du bloc obstétrical et à la mise en œuvre d'action d'amélioration, au suivi de protocoles d'hygiène et à la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc obstétrical. Les sages-femmes coordonnatrices sont également membre du conseil du bloc « général » ce qui facilite les échanges entre les partenaires utilisateurs des plateaux techniques. Les missions et responsabilités des acteurs professionnels sont définies dans les fiches de poste.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge de la patiente et du bébé est organisé (staff quotidien sauf WE et jours fériés, réunions de relève SF)

Les ressources humaines nécessaires en obstétriques (médecins et sages-femmes) sont définies, ainsi que les ressources en anesthésie et en pédiatrie, en conformité avec le niveau 2B de la maternité et le nombre d'accouchements.

Les interfaces avec les secteurs médico-techniques sont opérationnelles. Pour les praticiens et les paramédicaux, des tableaux de présence (ou d'astreinte) de jour et de nuit sont établis et accessibles aux professionnels.

Un numéro unique pour chaque catégorie des personnels de garde est disponible.

Les nouveaux professionnels font l'objet d'un tutorat systématique et d'une évaluation des compétences.

Le plan de formation des professionnels intègre certains objectifs de service : formation à l'allaitement,

prise en charge des urgences vitales en salle d'accouchement, réanimation néonatale, formation à l'analyse du RCF.

Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge des patientes est en place.

Les procédures et protocoles utilisés sont validés par l'équipe : ceux-ci sont disponibles dans la base institutionnelle. Ils font l'objet de révision régulière. D'autres protocoles sont également appliqués : ce sont ceux des réseaux périnatalité.

Chaque professionnel dispose d'un code d'accès informatique pour accéder au réseau de Bourgogne.

Les protocoles du réseau Aurore sont accessibles via un classeur réactualisé par le réseau.

Les règles professionnelles et les codes vestimentaires sont définis et appliqués

La traçabilité des actes et des contrôles est organisée.

Les ressources en matériels au niveau des locaux et des équipements sont organisées.

Le suivi des dispositifs médicaux est assuré par le service biomédical via une GMAO

Les circuits de prise en charge spécifique pour les naissances programmées et en urgences sont organisés. L'organisation mise en place intègre les modalités de prise en charge dans le cadre des transferts in utero et néo nataux vers les maternités de niveau supérieur via l'appel à la cellule régionale des transferts périnataux de la région Rhône Alpes (CRTRA) ou le SAMU pour le réseau Bourgogne.

L'organisation de la prise en charge de la patiente en cas d'urgence vitale obstétricale est organisée et formalisée selon une procédure « code rouge ».

La gestion des interfaces est effective en interne avec le bloc général, les services de soins, le laboratoire, l'équipe qualité et le coordonnateur de la gestion des risques, les services techniques, le laboratoire et en externe avec le CPIAS, et l'EFS.

Cependant, l'organisation de la sécurité des parturientes au bloc opératoire obstétrical n'est pas assurée.

La réflexion engagée - depuis 4 ans selon les professionnels - sur les besoins en professionnels compétents pour garantir la sécurité de la prise en charge des parturientes et la vérification sécuritaire des salles opératoires du bloc obstétrical n'ont pas abouti au moment de la visite. En effet, en journée il n'y a pas d'IBODE affectée sur le bloc opératoire obstétrical (en dehors des périodes de garde) et c'est une sage-femme qui assure cette mission alors qu'elle ne dispose pas des compétences requises. Par ailleurs, il n'y a pas de vérifications des salles avant intervention conformes aux attendus de sécurité. L'ouverture des salles est réalisée partiellement par l'auxiliaire de puériculture avec une vérification du fonctionnement du bistouri électrique non opérationnelle et sans support d'information ou d'aide et une absence de vérification du bon fonctionnement des scialytiques notamment. La vérification des mesures de pressions des salles bien que tracée par l'auxiliaire de puériculture, ne prévoit pas de mesures à mettre en œuvre en cas de dysfonctionnement, ce qu'ont confirmé les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La régulation des activités est en place : les sages-femmes pour les salles de naissances, les gynéco-obstétriciens pour le bloc opératoire obstétrical et les cadres du bloc pour la programmation au bloc « général » afin de garantir le respect des programmations et la sécurité des patientes.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques professionnelles.

Le suivi des événements indésirables est organisé en lien avec le service qualité. Des objectifs et modalités de mise en œuvre des actions d'amélioration proposées sont connus des professionnels rencontrés.

Ceux-ci participent aux démarches CREX (3 par an) et aux RMM du service (3/an) et du réseau (2/an) autant que possible.

Les comptes rendus des CREX sont transmis aux professionnels et au Groupe d'Amélioration de la qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs présents en salle de naissance répondent aux normes du décret périnatalité et les professionnels sont formés.

La permanence des soins est assurée avec un anesthésiste, un Gynécologue obstétricien et un pédiatre de garde sur place. 1 IADE et 1IBODE sont de garde (avec une IADE et une IBODE d'astreinte)

La procédure d'appel en cas d'urgence obstétricale est à disposition des professionnels.

Des ateliers de simulations sont en place (une SF dispose du DU de simulation) en lien avec les urgences.

Des ateliers ont eu lieu sur l'éclampsie, la césarienne en urgence, la réanimation néonatale... ces ateliers sont reconduits afin de former l'ensemble des professionnels.

La documentation est accessible et connue des professionnels rencontrés.

Les dossiers antérieurs (suivi de grossesse, dossier d'anesthésie, hospitalisation antérieure) sont disponibles et accessibles.

Les locaux et les équipements du bloc obstétrical sont appropriés à la délivrance de soins conformes et sécurisés en salle de naissance. Ils permettent de répondre aux demandes des parturientes et d'assurer la sécurité pour la mère et le nouveau-né.

Le matériel fait l'objet d'une maintenance en lien avec le biomédical. Une GMAO est en place avec accès à l'encadrement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité et la permanence des soins sont assurées en obstétrique, en anesthésie et en pédiatrie.

A l'admission le protocole d'identification (y compris celui des femmes accouchant dans le secret) est mis en œuvre avec pose d'un bracelet d'identité pour la maman et 2 bracelets pour le bébé. Les examens obstétricaux et cliniques de la maman et de l'état du fœtus (surveillance du rythme cardio-fœtal sur 25 mn) sont réalisés dans les plus brefs délais.

L'ensemble de la surveillance clinique et paraclinique est tracé sur un partogramme. L'analyse du tracé est conforme aux bonnes pratiques.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur les procédures actualisées et validées des réseaux périnat.

Tous les documents sont accessibles via la base institutionnelle.

Les règles professionnelles et les codes vestimentaires définis sont appliqués par les professionnels rencontrés.

L'hémorragie du post-partum est traitée selon des modalités définies et connues des professionnels.

La sortie du secteur de naissance est autorisée sur la base de critères définis et renseignés. L'ensemble des données est tracé dans le dossier de la mère.

Les professionnels sont amenés à réaliser des fiches d'événements indésirables autant que de besoins. Ces déclarations sont suivies par le service qualité et l'encadrement et font l'objet d'actions d'amélioration et/ou de CREX.

L'hygiène des locaux et la surveillance environnementale (eau, prélèvements de surface) est organisée avec l'EOH. Les protocoles de prévention du risque infectieux sont disponibles et appliqués.

La traçabilité de la réalisation du bio nettoyage et des consommables des salles de naissances est organisée.

Cependant le risque infectieux au bloc opératoire obstétrical n'est pas maîtrisé. Le circuit d'habillage en tenue de bloc impose aux professionnels de s'habiller dans un vestiaire situé à l'opposé de l'accès au bloc opératoire et oblige à traverser tout le bloc obstétrical en tenue opératoire. Ce risque n'a pas été identifié dans le compte qualité de l'établissement. Enfin le chariot d'urgence se situe dans le sas du bloc obstétrical et impose de se changer ou de vêtir une tenue de protection avec surchaussure pour pouvoir le récupérer sur le secteur de naissance, ce qui n'est pas réalisé comme en ont témoigné les professionnelles rencontrées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Gynéco-obstétriciens et Sages Femmes participent aux CREX maternité (3CREX/an) auxquels est associée l'équipe qualité, ainsi qu'aux RMM.

Dans le cadre des staffs quotidiens, une analyse des prises en charge est réalisée en équipe pluridisciplinaire.

Plusieurs indicateurs sont à disposition du management sur le plan quantitatif (nombre d'accouchements, taux de césariennes, taux d'épisiotomies suivi des transferts in utero, etc.) et sur le plan qualitatif (Nombre de FEI -38 en 2018, CREX, RMM, - taux de péridurale, délai d'indication des césariennes, suivi des délais d'extraction dans le cadre des « césarienne code rouge »...).

Le service est également engagé dans le recueil informatisé des accouchements (registre des naissances) avec le réseau ce qui permet un retour statistique comparatif avec les maternités du réseau.

Un audit du partogramme est en place.

Le suivi des IQSS est également réalisé par l'encadrement et des actions ont été initiées afin d'améliorer la traçabilité des informations par les sages-femmes en salle de naissance.

La mise en place d'une stratégie de distribution des questionnaires de satisfaction a permis un recueil plus important des avis des parturientes (74% de retours en 2018)

A / AGIR

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

Plusieurs actions ont été initiées : mise en place de sacs de recueil en cas d'hémorragie afin de mieux suivre les pertes sanguines de la patiente, affichage et présentation du guide des bonnes pratiques du partogramme, mise en place d'une CL d'ouverture des salles de naissance...

Le PAQSS du bloc obstétrical liste les actions retenues comme prioritaires

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels.

Les comptes-rendus des RMM du réseau et des CREX sont diffusés aux professionnels via les mails professionnels avec un lien vers le document dans la GED.

Des indicateurs sont diffusés sur le site internet de l'hôpital à destination des usagers : taux de césariennes, taux de péridurales, taux d'épisiotomie

La communication est également assurée vers le service qualité et les Instances via le PAQSS.

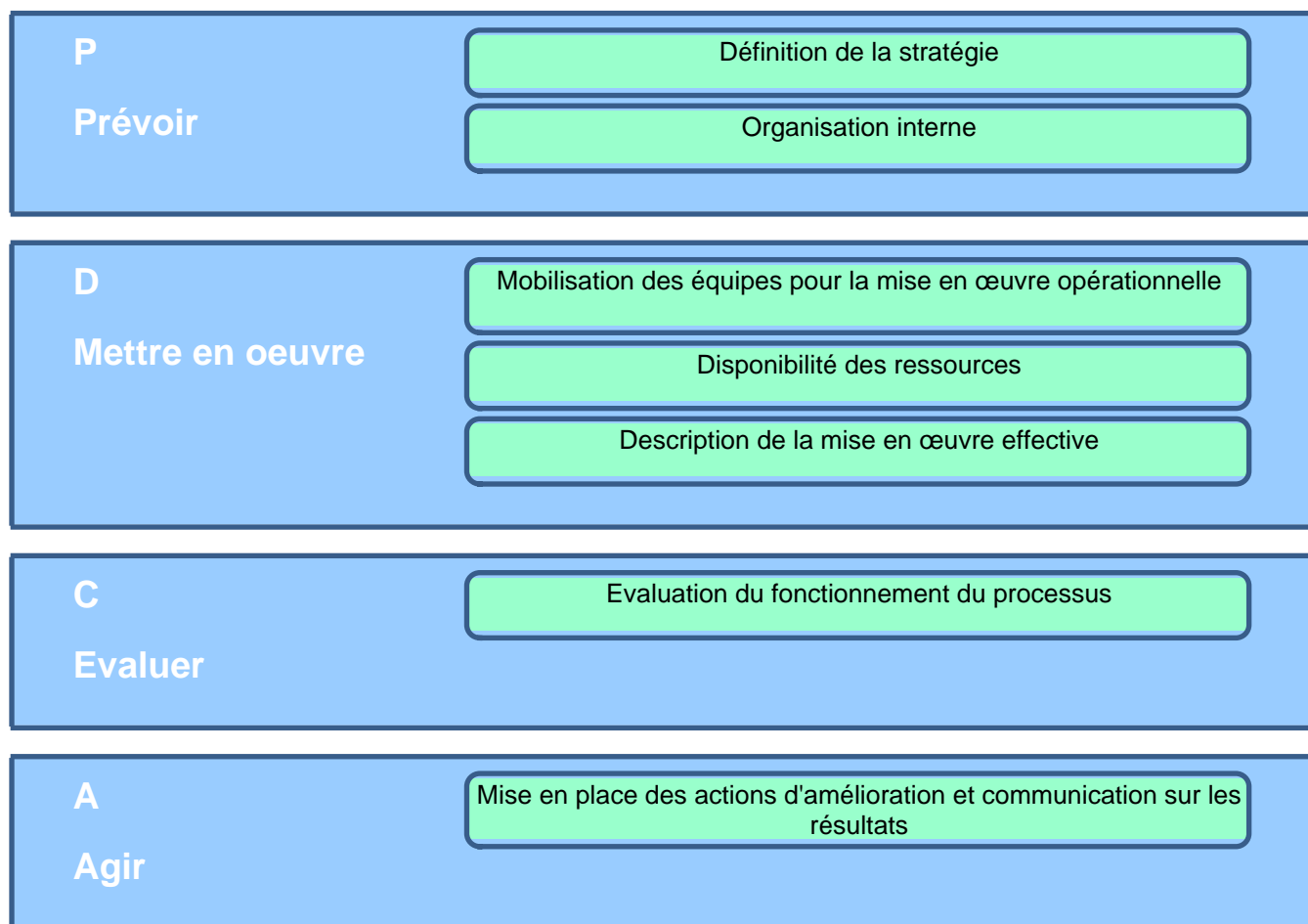
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

1. Caractérisation générale

L'investigation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement assure la promotion du don d'organe à visée thérapeutique tant au plan de l'information du public que de la sensibilisation des professionnels et pour les établissements pratiquant des prélèvements que les bonnes pratiques correspondantes sont mises en œuvre.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Mâcon a décliné une politique de prélèvement d'organe et de tissus au sein de la Coordination Hospitalière de Prélèvement d'Organes et de Tissus (CHPOT) mise à jour en janvier de 2019.

Le CHM a identifié ses besoins et analysé les risques de l'activité de prélèvement d'organes – tissus (PMOT) avec les professionnels de la coordination concernés. La CHPOT est incluse dans le pôle de la Logistique Clinique.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont identifiées: rapport de visite de l'Agence de Bio Médecine (ABM) en 2018, audit, EI, indicateurs d'activité et qualité issus de Cristal.

Ils sont référencés dans une cartographie des risques a priori et hiérarchisés dans le PAQSS permettant ainsi de définir une priorisation (22 thématiques).

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées au regard des différents types d'autorisation (prélèvement multi organes, tissus lors d'un PMO) et protocoles (prise en charge médicale d'un coma grave dans l'optique d'un prélèvement multi-organes et de tissus janv. 2019, etc.) et le rapport d'audit de l'Agence de Bio Médecine (ABM).

Elle permet de définir des priorités d'amélioration pour le recensement des donneurs potentiels et le prélèvement d'organes – tissus.

Les professionnels de la coordination hospitalière participent à la définition des objectifs de l'activité de prélèvement. Les objectifs et leur suivi en matière de prélèvement sont portés à la connaissance des professionnels des secteurs impliqués ainsi qu'aux instances (Directoire, CME et CDU).

Les résultats de l'activité de recensement et de prélèvement sont communiqués et présentés aux instances.

L'établissement adhère au programme Cristal action proposé par l'ABM. Le personnel de la coordination hospitalière est formé au programme Cristal action et participe au COPIL Cristal Action. Le prélèvement est intégré dans l'organisation du bloc opératoire et formalisé dans la charte du bloc opératoire du CHM depuis janvier 2019.

L'établissement s'intègre dans des réseaux de prélèvement (réseau régional : CHU Dijon et réseaux opérationnels de proximité comme Paray le Monial) et la coordination hospitalière participe régulièrement aux réunions du réseau. Elle est impliquée dans l'information et la formation des acteurs du réseau et participe à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des objectifs du réseau.

Un plan d'amélioration du recensement des donneurs et de leur prise en charge est en place (5 PMO, 56 prélèvements de cornées et 2 épidermes en 2018).

La politique du don d'organes est diffusée à l'échelle de l'établissement (flyers d'information diffusés dans les services et pour les usagers, etc.).

ORGANISATION INTERNE

La CHPOT s'assure de la mise en œuvre et le suivi du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en matière de prélèvement d'organes - tissus à visée thérapeutique en lien avec le service qualité de l'établissement.

L'organisation de l'activité de prélèvement d'organes est confiée au médecin coordonnateur médical de prélèvements d'organes et de tissus et son profil de poste est élaboré.

Les activités et missions du personnel sont définies, précisées dans les fiches de poste et portées à la connaissance des professionnels impliqués dans le prélèvement.

Des procédures sont élaborées et garantissent un suivi de tous le processus PMO « Traçabilité de centrifugation des examens, Registre des refus, entretien avec les proches, check liste récapitulative des PMO, charte du bloc, entretien des locaux, glacière, archivage dossier donneur »

La CHPOT dispose d'un effectif correspondant à : 0.2 ETP coordonnateur médical, 1,7 ETP Infirmiers de coordination et d'un cadre supérieur de santé qui gère le planning.

Le COPIL Cristal s'assure de la coordination, du suivi du plan d'actions, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

L'intégration des nouveaux arrivants dans la CHPOT est formalisée dans un « Guide du tutorat » et comprend un tutorat, une évaluation des compétences acquises au fur à mesure de la période de tutorat de 15 jours en général avec détachement sur CHU de Dijon pour 2 PMO spécifiques (PMO thoracique).

L'établissement facilite la participation aux formations (Agence de la biomédecine, réseau) des professionnels et des nouveaux arrivants.

La CHPOT travaille en collaboration avec le référent qualité – gestion des risques désignés au sein de l'établissement. La CHPOT est impliquée dans l'information et la formation des personnels de l'établissement en matière de recensement et de règles de bonnes pratiques de prélèvement d'organes et /ou de tissus dans les services ressources de donneurs (réanimation, USC, urgences et neurologie).

Le matériel de conditionnement des greffons et les produits entrant en contact (dispositifs médicaux, médicaments, PTA) sont disponibles au moment du prélèvement.

Leurs modalités de vérification d'entretien et de gestion sont définies dès l'arrivée avec une procédure dégradée si besoin et connues de tous.

Les procédures et les modes opératoires nécessaires permettant de s'assurer du respect des bonnes pratiques de prélèvement sont identifiés et élaborés en équipe de CHPOT.

Ils sont formalisés, adaptés à la taille de l'établissement, intégrés au dispositif de gestion documentaire, réactualisés et connus des professionnels.

La veille réglementaire et la biovigilance sont organisées et formalisées au sein de l'établissement de santé. Les procédures sont actualisées et connues des professionnels notamment l'identification du correspondant local de biovigilance et le suivi des mesures mise en place suite aux déclarations.

Les modalités d'archivage du dossier du donneur sont formalisées dans un Mode Opérateur : gestion et archivage des dossiers donneurs de la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus de septembre 2017.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le médecin coordonnateur et le cadre supérieur de santé référent de la CHPOT communique auprès de l'équipe sur la politique, sa mise en œuvre (plan d'actions associé) et son évolution.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures, etc.).

La CHPOT connaît les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins définis au sein de la coordination et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elle a accès aux résultats des indicateurs de PMOT et des évaluations éventuelles (audit ABM).

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels par l'intermédiaire des réunions d'information et de diffusion sous intranet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines de la coordination hospitalière et les compétences sont adaptées à l'activité et aux missions.

Des règles de présence et de concertation du personnel paramédical de la coordination permettent la continuité du recensement et l'organisation des prélèvements H 24.

Une présence infirmière de coordination hospitalière de prélèvement de jour est en place les jours ouvrables.

Une astreinte d'infirmière pour les jours fériés, les weekends et les nuits est en place.

Les astreintes sont rémunérées ou récupérées selon la réglementation.

L'organisation de la continuité de service des praticiens permet la prise en charge du donneur de jour, de nuit, les weekends et jours fériés.

L'organisation de la continuité de la prise en charge médicale des donneurs s'appuie sur des transmissions écrites sous le DPI. Dans les services concernés par les donneurs potentiels, les procédures et autres documents utiles sont connues, disponibles, accessibles et à jour sous format informatique.

Les locaux et équipements de la coordination hospitalière sont adaptés, sécurisés et permettent le respect de la confidentialité des informations et un accueil des familles en toute intimité et confidentialité.

Dans les services de soins (réanimation et neurologie), les locaux d'entretien avec les proches sont adaptés.

L'équipement et la salle de prélèvement, distincte de la salle de préparation de corps, situé dans la chambre mortuaire sont adaptés à l'activité et permettent la prise en charge du donneur dans les règles d'asepsie requises.

Toutefois, les armoires réfrigérées ne répondent pas en totalité aux normes sanitaires. En effet, La surveillance des alarmes sur les 8 armoires réfrigérées en chambre mortuaire n'est pas continue. Le relevé de température des armoires s'effectue tous les matins par l'agent d'amphithéâtre sur une feuille de traçabilité papier. Il n'existe pas de report d'alarme informatisé en cas d'absence de l'agent d'

amphithéâtre et ce dernier n'est pas présent la nuit? Toutefois, il est d'astreinte le week-end et les jours fériés. De plus il n'y a pas de procédure écrite en cas de défaillance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement et la CHPOT mettent en œuvre une politique de communication auprès des personnels de l'établissement et des futurs professionnels de santé. La CHPOT participe à l'information du public, notamment des jeunes dans les lycées et les Institut de Formation Infirmier et dans les associations. Des documents d'information sont mis à la disposition du public dans le hall d'accueil de l'établissement et au niveau des salles d'attente de consultation. Les procédures de recensement des donneurs potentiels sont définies au sein de l'établissement dans une Carte d'Identité « Prise en charge médicale d'un coma grave dans l'optique d'un prélèvement multi-organes et de tissus » de janvier 2019. Dans les services concernés, il existe une procédure d'alerte ou d'appel de la coordination hospitalière qui est connue et évaluée. De plus, le programme d'amélioration du recensement des donneurs "Cristal Action "est en place.

Le COPIL Cristal s'assure de la présence de l'ensemble des critères cliniques réglementaires nécessaires au diagnostic de mort encéphalique. Une procédure d'entretien avec les proches est en place dans les services, conformément aux règles de bonnes pratiques et est récemment évaluée. L'entretien fait l'objet d'une préparation entre le médecin en charge du donneur, la CHPOT et autant que possible, l'équipe paramédicale en charge du donneur et une analyse de ces entretiens est en cours : « Abord des proches et fréquence d'échange avec les proches lors d'une procédure d'entretien téléphonique ou visuel ».

L'annonce du décès par le médecin en charge du défunt est faite par le médecin du donneur en présence autant que possible de la CHPOT. La traçabilité de l'entretien avec les proches est assurée dans le dossier informatisé. La recherche de l'expression éventuelle d'une opposition du défunt incombe principalement à la CHPOT.

En cas d'opposition partielle ou totale du défunt de son vivant, les documents en attestant sont transmis par les proches à la CHPOT ou sont présents dans le dossier donneur. Les examens de sécurité sanitaire du donneur sont réalisés conformément à la réglementation en vigueur. La coordination hospitalière s'assure que les échantillons biologiques sont réceptionnés par les laboratoires dans les meilleurs délais et trace l'information. L'organisation mise en place pour récupérer au plus tôt les résultats des examens validés par les biologistes et la transmission rapide au régulateur est effective. L'arrivée et le départ des équipes chirurgicales internes et externes sont organisés au travers de la procédure « Prélèvement multi organe » de février 2019. Le transfert du donneur est médicalisé et organisé par le service d'accueil du donneur. La CHPOT s'assure de l'identité du donneur et de la présence du bracelet d'identification. La préparation cutanée du donneur avant son transfert est réalisée selon les procédures préopératoires du bloc opératoire. La CHPOT assure l'accueil des équipes extérieures et transmet aux équipes de greffe sur le terrain uniquement des informations anonymisées (numéro cristal) ayant trait au donneur et aux greffons. La transmission et la traçabilité des différentes étapes opératoires sont assurées. La coordination hospitalière participe à la préservation des greffons et à leur conditionnement et s'assure que l'étiquetage des tubes de prélèvement se fait avec le numéro cristal.

Le respect du corps est assuré et contrôlé tout au long du prélèvement. La bonne restauration tégumentaire s'effectue au bloc opératoire.

L'accompagnement des proches est effectif notamment dans des lieux dédiés aux entretiens (salon en réanimation ou bureau à la cellule de coordination).

La CHPOT assure la transmission des informations sur la finalité des prélèvements aux équipes ayant pris en charge le donneur (réanimation, urgences, neurologie essentiellement). Néanmoins, la confidentialité des données du donneur n'est pas assurée. En effet, lors d'envoi par FAX à l'agence de biomédecine le nom du patient ainsi que son numéro CRISTAL apparaît sur le document envoyé. Cela ne garantit pas la confidentialité des données par un moyen FAX non sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

À l'échelle de l'établissement, la CHPOT assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de prélèvement d'organes - tissus en partenariat avec le référent qualité.

Cette évaluation globale est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues de la coordination hospitalière, des audits de procédure, de l'enquête Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP) 2017 ou de l'ABM.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Un bilan de la mise en œuvre du plan d'amélioration du processus est réalisé, au minimum une fois par an.

Trois évènements Indésirables ont été effectués en 2018 et deux EPP de recensement et de la prise en charge des donneurs potentiels d'organes (Cristal Action) sont en court d'élaboration sur « Signalement des décès dans les services de soins » et « Evaluer de recensement des comas graves ».

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

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.

Des actions d'amélioration sont programmées (formation prélèvement de tissus) et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.

Pour exemple, un EI sur le transport des examens biologiques (EI 2018) a eu lieu et la CHPOT a mis en œuvre des actions correctives dans le mois qui a suivi ainsi qu'un projet en cours sur « un lieu de mémoire » représenté par la plantation d'un arbre commémoratif.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS Prélèvement d'Organes et de Tissus. L'établissement rend compte de ses démarches (information dans les lycées, IFSI, etc.), audit et bilan d'activité devant ses instances (CME, CSIRMT, Réunion cadres) et informe les professionnels des résultats obtenus au travers du journal interne (CHM Infos), article dans le journal de Saône et Loire

Il existe une sensibilisation du public au travers de la journée du 22 juin, des sensibilisations dans les lycées et un partenariat avec les associations Al.élavie et France ADOT.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

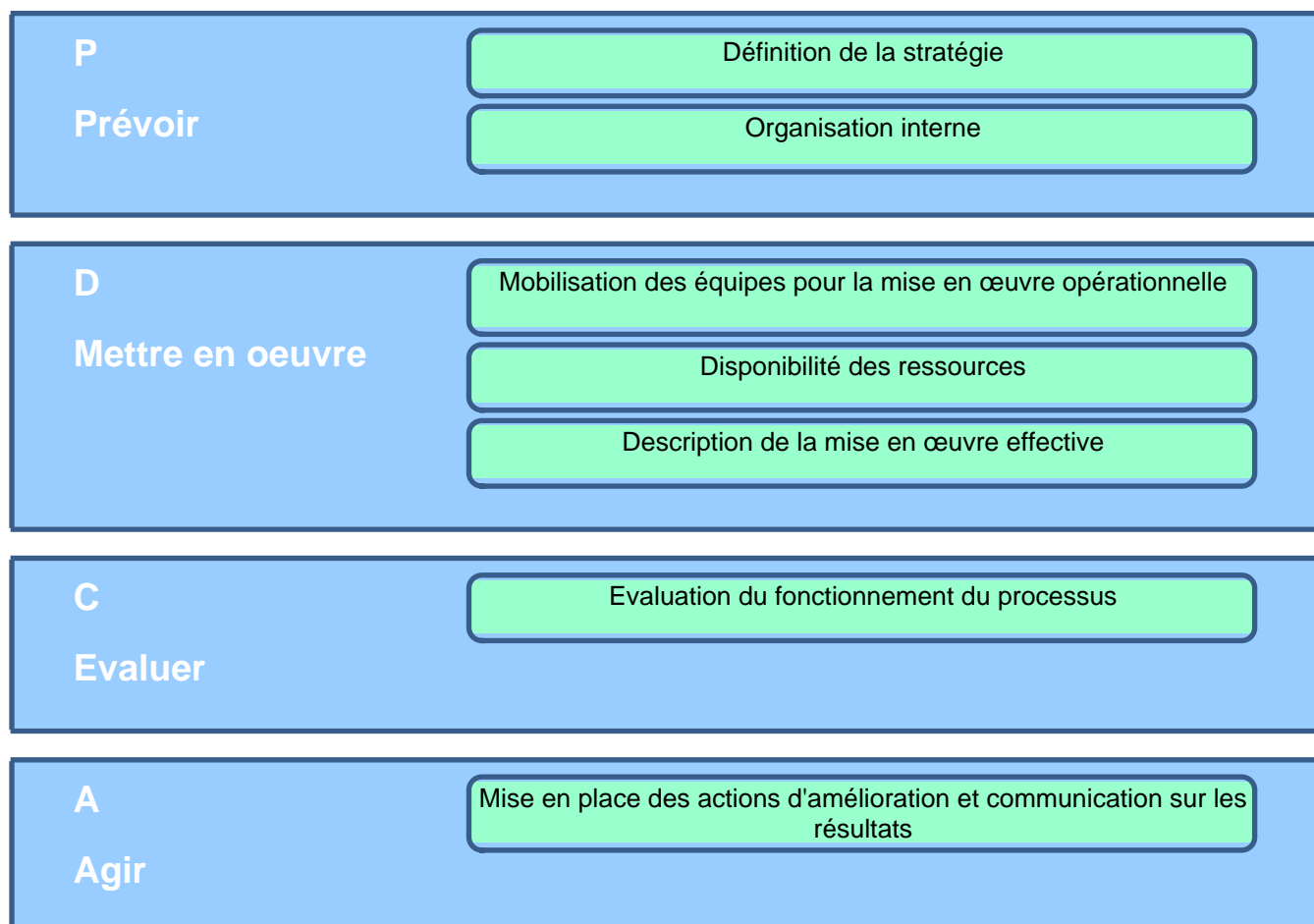
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'HAD a réalisé une carte d'identité du processus à partir de laquelle une procédure « Prise en charge d'un patient en HAD » a été élaborée.

La procédure prévoit l'évaluation des besoins du patient, notamment en termes d'équipements médicaux, évaluation réalisée lors de la visite de préadmission.

Elle prévoit également l'organisation par l'infirmière de coordination, avec le patient, de la mise à disposition de ces équipements par le prestataire.

L'analyse du processus a permis l'identification des risques repris dans le compte qualité.

Trois risques ont été identifiés avec 19 actions dont 4 sont en cours et 3 non initiées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'organisation du processus est décrite dans la procédure « Prise en charge d'un patient en HAD », elle est reprise à l'attention des patients dans le livret d'accueil de l'HAD.

L'HAD a passé un marché de « mise à disposition, par voie de location, d'équipements médicaux au domicile des patients hospitalisés au sein des services d'hospitalisation à domicile du Sud Saône et Loire » avec un prestataire unique pour tous les équipements et matériels médicaux.

Le CCTP prévoit notamment, la formation à l'utilisation du matériel médical des personnels salariés de l'HAD ainsi qu'aux intervenants médicaux et paramédicaux libéraux, la formation du patient et de son entourage à l'utilisation des équipements hôteliers (lits médicalisés, fauteuil...), le fait qu'une notice d'utilisation, clairement rédigée en français soit laissée à disposition pour chaque équipement.

Il stipule que les délais d'intervention en cas de dysfonctionnement, de panne ou d'urgence, pour le matériel susceptible de mettre en jeu la sécurité du patient (liste en annexe du CCTP) soient de 4 heures maximum, 7 jours sur 7, de jour comme de nuit et de 24 heures maximum pour les autres équipements.

Le livret d'accueil spécifie que la manipulation du matériel biomédical (pompes...) est du ressort du personnel soignant seul habilité. En cas de problème, le patient doit contacter l'infirmière de l'HAD (n° unique dans le livret d'accueil).

Les personnels libéraux qui prennent en charge des patients pour l'HAD signent une convention fixant les modalités d'intervention avec l'HAD.

Des conventions sont signées avec les établissements sociaux et médico-sociaux dans lesquels l'HAD intervient.

Le médecin coordonnateur et la cadre de santé, pilotes du processus, sont en charge de l'élaboration des documents pour la mise en place opérationnelle avec les équipes et les intervenants extérieurs.

Cependant, il n'existe pas de procédure spécifique pour la prise en charge des patients à haut risque vital.

Le médecin coordonnateur lors de sa visite de préadmission complète la fiche « Observation médicale de préadmission d'un patient en HAD » sur laquelle un item sur les patients relevant du dispositif HRV (haut risque vital) : « patient à déclarer ou non à l'ERDF » existe. Il est en charge de déclarer à l'ARS les patients concernés via les formulaires cerfa. La mention de patient HRV peut être tracée dans le dossier patient informatisé mais aucun patient à ce jour n'a été concerné. Pour autant, la procédure « Prise en charge d'un patient en HAD » ne mentionne pas le cas de figure des patients à « haut risque vital » et il n'existe pas de procédure spécifique pour la prise en charge de ces patients.

L'infirmière de coordination est en charge de coordonner l'intervention des différents intervenants internes et externes à l'HAD.

Une astreinte du personnel soignant de l'HAD est organisée pour une permanence des soins 24h sur 24h. Une astreinte téléphonique médicale repose sur les 4 médecins de l'HAD et sur 4 médecins du service de médecine qui se sont portés volontaires

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre de santé de l'HAD est en charge de la déclinaison opérationnelle de la démarche. Elle sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Elle s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel de l'HAD comprend des médecins (+internes), d'un cadre de santé, de 2.2 infirmière de coordination pour les 2 antennes de l'HAD (Macon et Paray le Monial), d'infirmiers, d'aide soignants, d'un temps de psychologue, d'un temps de kinésithérapeute, d'un temps d'assistante sociale, de secrétaires médicales et d'agent polyvalent.

Des véhicules sont à disposition des personnels sur les 2 antennes, sur Macon 3 véhicules électriques appartiennent à l'HAD, les autres véhicules étant en location longue durée.

Des formations pour l'utilisation des équipements sont organisées pour le personnel de l'HAD et les intervenants libéraux.

L'antenne HAD possède une copie des fiches d'utilisation de tout le matériel mis à disposition par le prestataire.

Les équipements hôteliers et médicaux sont fournis par le prestataire du marché qui les livre directement aux domiciles des patients.

Le CCTP précise les clauses liées à la livraison, l'installation du matériel et la formation à son utilisation, à son complément, à son entretien, à sa maintenance, à sa reprise. Il est précisé qu'il peut être mis en dépôt dans les locaux de l'HAD certains équipements énumérés en annexe.

Les locaux de l'HAD ont des espaces dédiés pour chaque type de besoins (médicaments, déchets, salles de staff, bureaux...).

Des véhicules électriques permettent au personnel d'aller aux domiciles des patients et d'apporter éventuellement les équipements nécessaires mis en dépôt par le prestataire.

Une réunion annuelle est mise en place entre le prestataire, la Direction des achats, le médecin coordonnateur et la cadre de santé de l'HAD.

Enfin, le personnel de l'HAD participe au congrès de la FNEHAD.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A la préadmission d'un patient, l'infirmière de Coordination évalue les besoins du patient. Elle complète le formulaire « Evaluation des besoins à l'entrée d'un patient en HAD » ainsi qu'une check liste des équipements et matériels médicaux nécessaires au patient.

L'infirmière de coordination organise avec le prestataire la livraison du matériel nécessaire à partir de la check liste et en fonction des modalités de livraison vues préalablement avec le patient.

Le personnel infirmier libéral accompagne l'infirmier salarié de l'HAD pour la première visite d'admission d'un nouveau patient. C'est à ce moment, qu'il y a vérification par le personnel salarié de la bonne utilisation par le personnel libéral du matériel installé.

Une fiche recensant le matériel mis à disposition au domicile du patient (check liste cochée) est classée dans le dossier du patient.

La gestion informatisée centralisée des équipements au domicile des patients est une action en cours avec le projet d'acquisition d'un logiciel de gestion.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les EI sont exploités au fur et à mesure de leur déclaration avec les équipes (retour systématique par mail des EI déclarés au médecin coordonnateur et cadre de santé par mail).

Une analyse de l'activité est réalisée (travail mené dans le cadre du PMP de la GHT) par le médecin coordonnateur.

Des questionnaires de satisfaction sont en place :

- Patients
- Libéraux

Un audit relatif à l'activité de l'HAD (septembre 2018) a été réalisé, un paragraphe traite de la coordination avec les fournisseurs de matériels et ne mentionne aucun dysfonctionnement.

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

Des actions d'améliorations ont été mises en place suite à l'exploitation des résultats des questionnaires (ex délai de paiement des IDEL), à l'analyse de processus (ex. Dans le formulaire d'évaluation des besoins à l'entrée a été ajouté un item sur le matériel déjà en place), à l'exploitation des EI au fur et à mesure de leur déclaration.