



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
L'AGGLOMÉRATION DE
NEVERS**

**1 avenue patrick guillot
58033 Nevers
OCTOBRE 2017**

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	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	62

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

HOPITAL PIERRE BEREGOVOY	
Adresse	1 avenue patrick guillot 58033 Nevers
Département / région	NIEVRE / 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	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
GCS de moyens	GCS1000	GCS TEP LOIRE BOURGOGNE	1 avenue patrick guillot Bp 649 58033 NEVERS
Entité juridique	580780039	CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION DE NEVERS	1 avenue patrick guillot 58033 Nevers
Etablissement de santé	580971646	CH DE NEVERS- USLD COLBERT	4 rue etienne litaud 58000 NEVERS
Etablissement de santé	580972693	HOPITAL PIERRE BEREGOVOY	1 avenue patrick guillot 58033 Nevers
Etablissement de santé	580972016	CH DE NEVERS-CENTRE DE CURE MEDICALE DE PIGNELIN-SLD	Bp 70119 Bp 70419 58641 Varennes Vauzelles
Etablissement de santé	580005163	CH DE NEVERS-CATTP LES COURLIS	26 place du grand courlis 58000 Nevers
Etablissement de santé	580004836	CENTRE COLBERT MEDECINE-SSR	4 rue etienne litaud 58000 NEVERS

Etablissement de santé	580972628	CH DE NEVERS-CENTRE DE CURE MEDICALE DE PIGNELIN SSR	Bp 70119 58640 Varennes-Vauzelles
------------------------	-----------	--	--------------------------------------

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
MCO	Chirurgie	90	/	12	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	41	1	/	/
MCO	Médecine	287	26	/	13344
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	/	12	/	/
SLD	SLD	120	/	/	/
SSR	SSR	67	17	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

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 recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

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 médecine nucléaire
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
FONCTIONS SUPPORTS

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	Médecine polyvalente	A préciser	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie digestive	A préciser	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	A préciser	Programmé	Simple	MCO
4	Personne âgée	USLD Colbert	Site Colbert A préciser	Programmé	Simple	SLD
5	Adulte	Maternité	A préciser	Urgences	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Adulte	Chirurgie vasculaire	A préciser	Urgences	Complexe	MCO
7	Enfant	Service de pédo-psychiatrie	A préciser	Programmé	Simple	Santé mentale
8	Enfant	Néonatalogie	A préciser	Programmé	Simple	MCO
9	Enfant	Pédiatrie	A préciser	Urgences	Complexe	MCO
10	Adulte	SSR Pignelin	A préciser	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

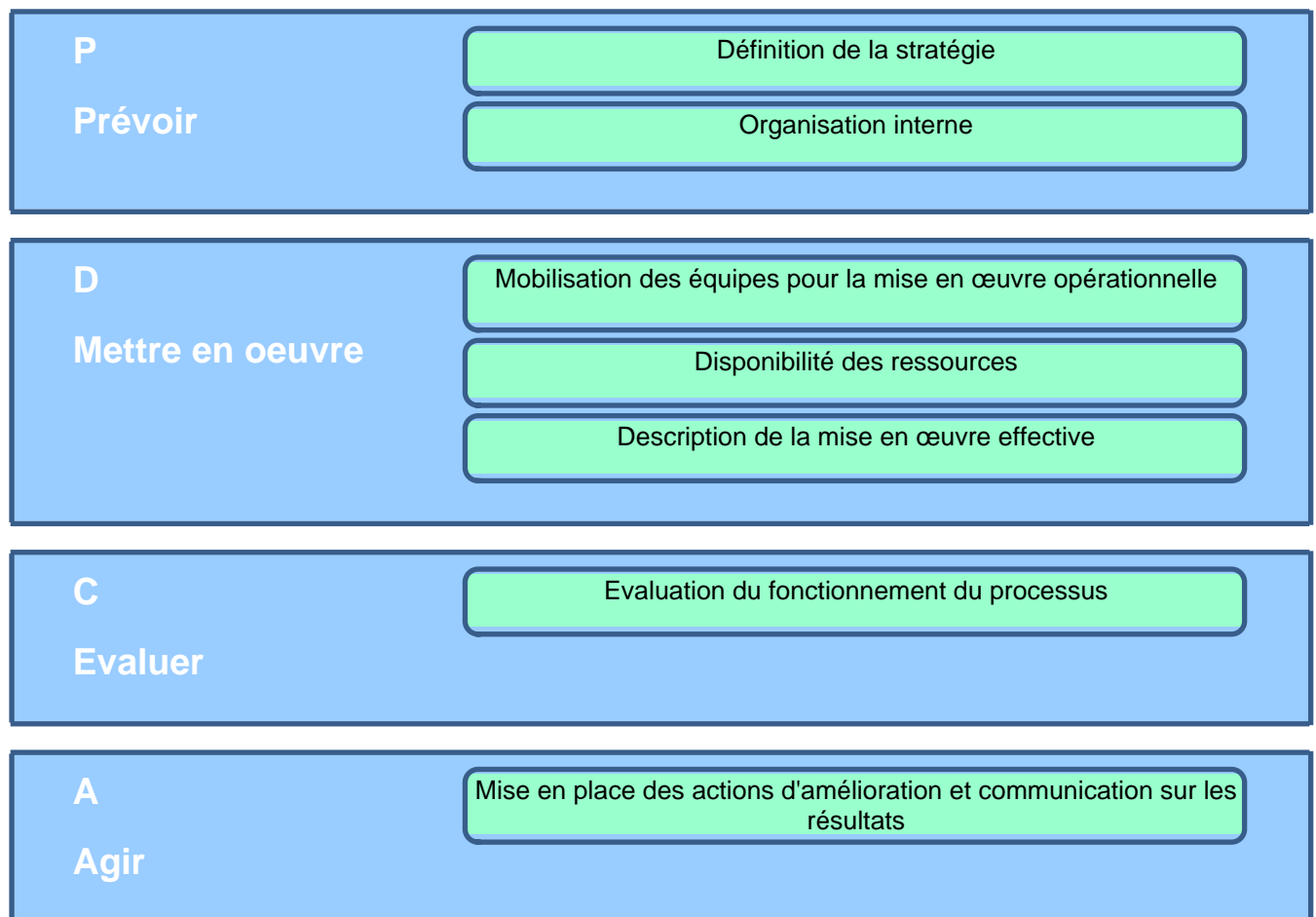
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN) en matière de qualité et de gestion des risques a été formalisée en 2013 dans le projet qualité gestion des risques du projet d'établissement, actualisé en début d'année, pour la période 2017-2021. Il est validé par les instances. Les objectifs de l'établissement, qui est support du GHT de la Nièvre, sont fixés dans le cadre de son activité propre, et du projet en cours avec les sept établissements partenaires en direction commune depuis janvier 2016.

La stratégie a été déterminée à partir de la cartographie des risques, qui se fonde sur les résultats des audits de processus, de la méthode patient traceur, des RMM, de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, des EPP, de l'analyse des enquêtes de satisfaction, des résultats des indicateurs IQSS et des indicateurs internes, des échanges avec les représentants des usagers en CDU ainsi que des décisions de la HAS lors de la V2010 qui portaient recommandation sur la gestion documentaire. Elle intègre les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise, et comporte cinq axes dont un sur la politique EPP et un sur le droit des patients.

Cette stratégie est articulée autour de quatre volets (stratégique, structurel, technique et culturel), et déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel, actualisé chaque année et prévoyant des pilotes, des échéances et des indicateurs de suivi. Le Compte Qualité reprend les risques prioritaires qui portent notamment sur l'analyse systémique des évènements indésirables graves, le développement de la culture qualité et sécurité des soins, le suivi des indicateurs, la gestion documentaire..., ils sont assortis de fiches actions intégrées au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique de la démarche qualité relève de la direction qualité et du président de la CME. Les usagers y sont associés, notamment dans le cadre de la CDU.

Le pilotage opérationnel est assuré par la cellule qualité (composée du directeur qualité, d'un spécialiste qualité/gestion des risques, d'un cadre de santé, d'un assistant et d'une secrétaire), et par un comité de pilotage institutionnel qualité gestion des risques, le COPIL dont le règlement intérieur a été formalisé en janvier 2017. Le COPIL coordonne les différentes composantes du système qualité, des vigilances et de la veille sanitaire.

Des pilotes sont identifiés pour les différentes thématiques de la démarche qualité. Une lettre de mission a été transmise à chacun d'eux en mars 2016. La commission des pilotes de processus coordonne et suit l'avancée des projets en lien avec les instances (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CSTH...). Des objectifs avec indicateurs de suivi sont déclinés dans les contrats des différents pôles d'activité clinique et médico-technique.

Des correspondants locaux des vigilances sanitaires sont en place (hémovigilance, infectiovigilance, pharmacovigilance, biovigilance, réactovigilance, identitovigilance). Une coordinatrice des Vigilances et Risques associés aux soins a été nommée en avril 2017. Ces professionnels coordonnent leurs actions dans le cadre du GEVIR (groupe des experts des vigilances et risques).

Les ressources humaines nécessaires à la démarche sont prévues. Les actions de formation spécifiques à la qualité et à la gestion des risques sont intégrées dans le plan de formation institutionnel.

Le COPIL en association avec les professionnels a mis en place une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de traitement. Cette démarche conduit à l'élaboration du PAQSS et de cartographies des risques dans les secteurs à risques (urgences, endoscopie, bloc opératoire, circuit du médicament, salle de naissance, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle...).

Le système de gestion des plaintes et réclamations (orales et écrites) est articulé avec le dispositif de déclaration et de gestion des évènements indésirables qui est informatisé.

La direction du CHAN organise les exercices du plan blanc ou les assure en lien avec la préfecture. Le plan blanc avec ses annexes (NRBC, damage control, afflux massif de victimes) a été actualisé en avril 2017 et le plan canicule en septembre 2016.

Les recommandations des autorités de contrôles (Autorité de Sureté Nucléaire par exemple) sont prises en compte.

Une application informatique de gestion documentaire est prévue pour les professionnels. Elle contient notamment tous les protocoles et procédures en vigueur, les plans d'audits et le PAQSS. Les modalités de

gestion des données ont été revues à la suite de la décision de la dernière certification.

Différents outils de communication sont développés à destination des professionnels et des usagers: intranet, Planet CHAN, Lettre Cellule Qualité, CHAN-Info, tableaux d'affichage...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre du PAQSS est déclinée dans les pôles et les services sous la responsabilité des cadres et des médecins chefs de services, en lien avec la cellule qualité.

Les agents sont régulièrement informés sur les enjeux de la qualité et la gestion des risques, par exemple lors des journées mensuelles "les jeudis de la qualité", par CHAN info et la lettre Cellule Qualité. Une action "chambre des erreurs" est menée chaque année.

Le COPIL qualité s'assure de l'effectivité et de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'action en suivant l'évolution des indicateurs qualité, des EPP, des RMM.

Les correspondants locaux des vigilances sanitaires sont particulièrement mobilisés sur leur thématique et participent à la mise en place d'actions à destination des professionnels (audit ciblé, questionnaire, remontée d'informations...).

Des exercices plans blancs sont effectués annuellement. Des RETEX (retour d'expérience) sont assurés à l'issue de ces exercices.

Les équipes médicales et paramédicales sont impliquées dans la réalisation des patients traceurs, des chemins cliniques, des RMM, des EPP. 6 revues de pertinence et 37 patients traceurs ont été réalisés sur l'ensemble des pôles en 2016.

La direction des soins a mis en place en 2016 une grille de recueil d'indicateurs qualité ciblés sur la prise en charge des patients avec 12 cibles. Un audit hebdomadaire de 5 dossiers patients est effectué dans chaque service par les cadres de santé et une synthèse trimestrielle est effectuée.

L'analyse des événements indésirables est menée selon la méthode ALARM, elle permet dans certains secteurs comme la médecine nucléaire par exemple, d'identifier des actions correctives avec les professionnels de terrain. Les équipes sont accompagnées au niveau méthodologique par la cellule qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires au développement de la démarche qualité sont disponibles au niveau de la coordination et de la mise en œuvre dans les pôles. Les cadres de santé sont les référents qualité identifiés. Les professionnels de la cellule qualité ont des licences ou DU qualité, et plusieurs agents médicaux et non médicaux ont des DU en lien avec la qualité et la sécurité des soins (douleur, hygiène, soins palliatifs, éducation thérapeutique du patient...). Les correspondants des vigilances ont bénéficié de formations. Des formations au CREX, RMM et chemin clinique... ont été inscrites au plan de formation depuis 2013 et sont reconduites chaque année. Le plan de formation du CHAN consacre une part importante aux études promotionnelles (3 IDE en formation IADE, 11 agents en formation IDE, 4 en formation AS ...). Les nouveaux arrivants et les internes sont informés des dispositifs existants lors des journées d'accueil organisées par le CHAN.

Les ressources en matériels, locaux et équipements sont en place dans tous les secteurs d'activité.

Le parc du matériel informatique est suffisamment développé pour permettre à tous les professionnels d'avoir accès à un PC à tout moment de la journée ou de la nuit. Cet accès est sécurisé par un mot de passe individuel.

Le dispositif de gestion documentaire à distance (GED) est accessible dans les unités sous format numérique via l'intranet et également sous format papier.

Les documents organisant les activités du champ de la qualité et gestion des risques sont actualisés et diffusés par la cellule qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes connaissent les objectifs du PAQSS, et mettent en œuvre les procédures définies pour la maîtrise des risques liés aux prises en charge des patients.

Les différents comités (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CDU...) se réunissent régulièrement, et réalisent le suivi de leurs plans d'actions.

Les actions nécessaires au processus qualité et sécurité des soins sont mises en œuvre à l'échelle du CHAN: analyse des risques a priori et posteriori, exploitation en lien avec les usagers des plaintes et réclamations, et des questionnaires de satisfaction...

Les signalements d'événements indésirables sont assurés via le logiciel institutionnel, et régulièrement analysés par la direction et la cellule qualité, qui déclenchent si besoin des RETEX ou des RMM. La traçabilité des actions mises en œuvre est assurée.

Cependant, le dispositif de gestion des événements indésirables n'est pas complètement opérationnel. Les vérifications de terrain ont montré que l'appropriation du dispositif par les personnels est inégale. Elle est développée pour la déclaration des chutes, ou des fugues par exemple, ou dans les secteurs interventionnels, mais reste limitée pour le signalement des erreurs médicamenteuses. Par ailleurs, l'analyse de certains événements récurrents aux urgences, comme les fugues, n'est pas menée de manière fine et régulière avec les équipes, et ne permet pas d'identifier les causes profondes et les actions correctives à mettre en œuvre. L'établissement a identifié ce risque dans son Compte Qualité. Il prévoit de poursuivre la formation des professionnels au signalement, et de renforcer la tenue de RMM.

Les démarches d'évaluation des pratiques sont effectives, et les professionnels sont mobilisés dans différentes méthodes: EPP, audits patient traceur...

Le dernier exercice de simulation d'afflux massif de blessés date de décembre 2016.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce aux réunions du COPIL, de la CME, de la CSIRMT, et au relais réalisé par l'encadrement de proximité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le PAQSS institutionnel est suivi mensuellement par la cellule qualité sur la base d'outils identifiés: indicateurs nationaux et locaux : IQSS, indicateurs HN, indicateurs qualité de la direction des soins, tableau de bord de suivi du PAQSS, analyse des événements indésirables, résultats des EPP et audits patient traceur, bilan d'activité du CLIN, CLAN, CLUD, de la CDU...

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée en lien avec la CDU par l'analyse des questionnaires de satisfaction et les résultats des enquêtes e-satis.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats des évaluations donne lieu à des actions d'amélioration qui sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Les valeurs des IPAQSS de tenue du dossier du patient ont par exemple motivé le renforcement de la sensibilisation des équipes et la généralisation du déploiement de l'informatisation.

Le programme d'actions est révisé mensuellement et annuellement en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus. La CDU est informée des résultats et des actions mises en place.

Des supports et modalités de diffusion sont établis (intranet, CHAN info, lettre Cellule Qualité notamment). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne dans les instances et commissions, et en externe par la diffusion des indicateurs nationaux notamment, par affichage à destination des usagers.

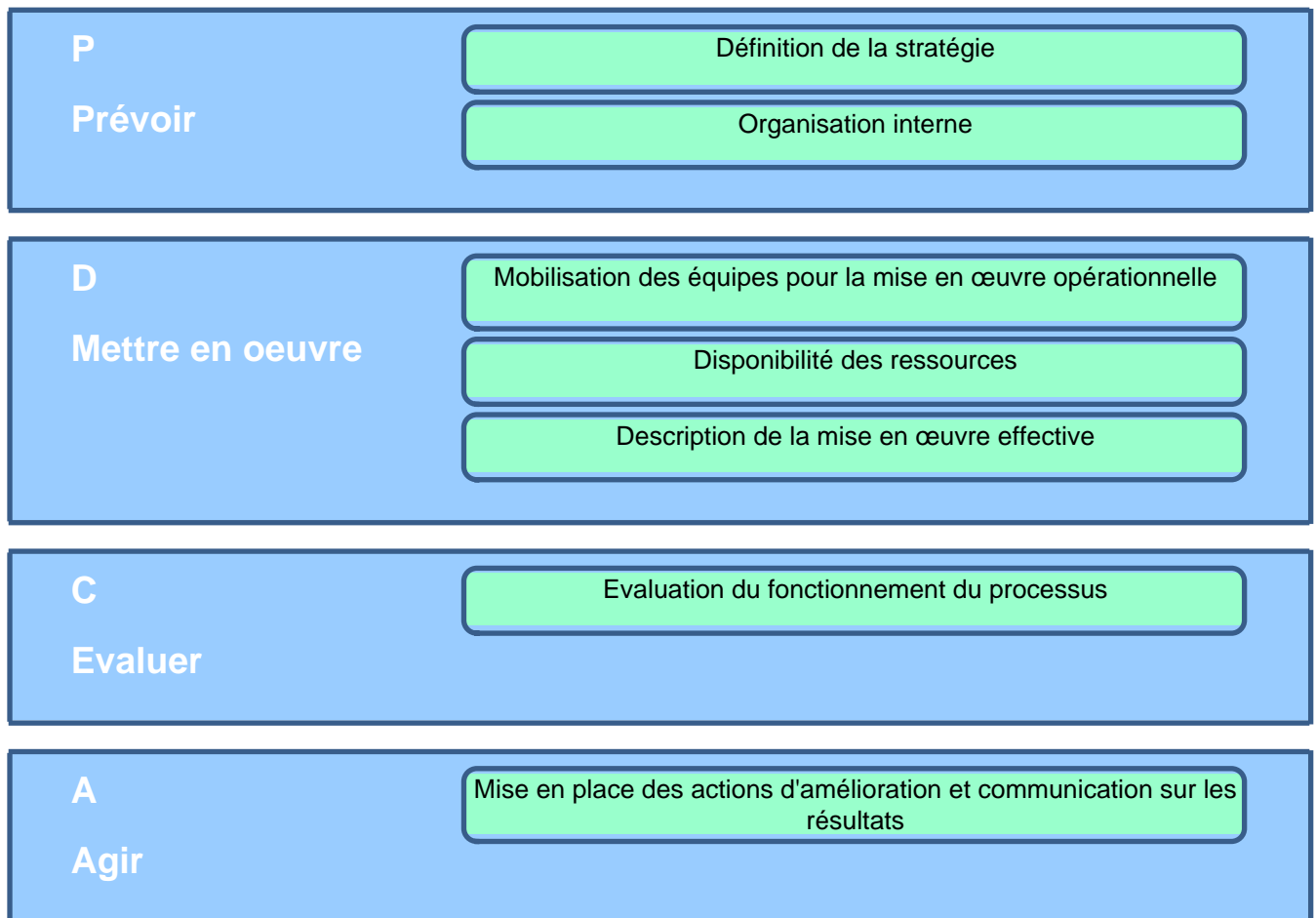
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHAN a défini sa politique de gestion du risque infectieux, qui porte sur la prévention des infections, le bon usage des antibiotiques et l'entretien des locaux.

Afin de définir sa stratégie, l'établissement s'est appuyé sur les résultats des indicateurs et des évaluations des pratiques, ainsi que sur une cartographie complète du processus. Cette analyse a permis d'identifier 15 risques prioritaires inscrits au Compte Qualité, et assortis de plans d'actions repris dans le PAQSS.

Les objectifs portent notamment sur le renforcement du temps médical de l'EOH, la surveillance des infections du site opératoire, la gestion des germes multi-résistants aux antibiotiques, le conseil en antibiothérapie, la réévaluation des prescriptions probabilistes, les précautions d'hygiène, le circuit des déchets...

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion du risque infectieux est assuré par le médecin hygiéniste, et par le microbiologiste, également président du CLIN. Leurs rôles et missions sont définis.

Les actions de prévention des infections sont coordonnées par le CLIN qui associe cliniciens, soignants, pharmaciens, biologiste, médecin du travail, médecin responsable du DIM, cadres de santé et IDE, direction qualité et représentant des usagers. Le CLIN valide chaque année un programme d'actions.

C'est la Commission des anti-infectieux (COMAI) qui coordonne les actions de bon usage des antibiotiques, elle est pilotée par le médecin référent antibiotiques.

L'équipe opérationnelle d'hygiène est composée de deux praticiens à temps partagé, deux IDE, une technicienne biohygiéniste, une secrétaire. L'EOH est intégrée à l'unité départementale d'hygiène hospitalière basée au CHAN; un laboratoire de microbiologie de l'environnement y est également rattaché.

Les missions des professionnels sont formalisées. La coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins est également praticien au sein de l'EOH.

L'organisation de l'entretien des locaux est définie, elle repose sur une société prestataire et sur les agents de l'établissement selon les zones et le type de surface à traiter. Le cahier des charges et les protocoles sont validés avec l'EOH. L'interface avec la société externe est gérée par la direction de la logistique.

Le signalement des infections nosocomiales est organisé en interne et en externe. Une cellule de crise est mobilisable si nécessaire.

Les modalités de prévention du risque infectieux en cas de travaux sont définies.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit la réponse à ses besoins en ressources humaines. Des actions de formation d'hygiène hospitalière, de bon usage des anti-infectieux et de bonnes pratiques de bionettoyage sont intégrées dans le plan de formation annuel. La formation des nouveaux arrivants est organisée.

Un dispositif structuré de rédaction et de mise à jour des procédures de prévention et de surveillance du risque infectieux est coordonné par le CLIN, les documents relatifs au bon usage des antibiotiques sont gérés par la COMAI.

Les interfaces sont développées, notamment avec les services de soins, le plateau technique interventionnel, le laboratoire de microbiologie, la pharmacie. Des liens sont également en place avec les autres instances comme le CHSCT, la CDU, le COPIL, le GEVIR... et avec les structures départementales et régionales.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont déclinés, soit de manière transversale pour l'hygiène

des mains et les précautions standard par exemple, soit de manière spécifique en fonction des secteurs comme la réanimation, la chirurgie ou l'hémodialyse.

L'EOH, et les responsables médicaux et soignants sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors d'audits portant sur l'hygiène des mains, les prescriptions d'antibiotiques, les précautions complémentaires, la gestion des déchets et du linge, la désinfection du matériel... Une sensibilisation générale à la prévention des infections est assurée dans le cadre de la journée annuelle d'hygiène.

Les volumes de consommation de solutions hydro-alcooliques sont présentés et discutés avec les équipes avec une fréquence adaptée au taux d'atteinte des objectifs.

Plusieurs EPP intègrent le risque infectieux et le bon usage des antibiotiques: EPP pertinence des prescriptions de carbapénèmes, traitement de l'infection urinaire de la femme enceinte, réévaluation de l'antibiothérapie entre 48 et 72 heures, vaccination chez les immunodéprimés.

L'analyse des événements infectieux: cas groupés de gale ou d'infections à Clostridium difficile par exemple sont discutés avec les équipes.

Les alertes BMR donnent lieu à une évaluation systématique par les infirmières hygiénistes de la mise en œuvre des précautions complémentaires.

Les résultats des contrôles d'environnement sont diffusés aux services. En cas de non conformités, des analyses de causes sont menées. Par exemple, la colonisation récente par des légionelles de certains réseaux d'eaux a été investiguée avec les services techniques, et fait l'objet d'actions correctives: filtration terminale, désinfection des réseaux...

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CHAN dispose des ressources humaines nécessaires en termes d'effectifs et de compétences: EOH pluri-professionnelle, correspondants en hygiène paramédicaux IDE et AS...

De nombreuses actions de formation sont développées sur des thématiques transversales: hygiène des mains, gestion des excréta, précautions complémentaires BMR et Clostridium difficile, bionettoyage...; ou plus spécifique à certains secteurs comme le SAU, la gériatrie, le bloc opératoire, la rééducation... Les correspondants paramédicaux en hygiène sont réunis trois fois par an pour des actions de sensibilisation et de formation. L'EOH participe à la formation des nouveaux arrivants paramédicaux et médicaux.

Une formation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques est assurée deux fois par an.

Cependant, les moyens mobilisés pour le bon usage des antibiotiques ne sont pas complètement adaptés aux besoins de l'établissement.

Le conseil en antibiothérapie est assuré par le médecin responsable du service de médecine interne qui ne dispose pas d'un temps spécifique réellement dédié à cette activité. Il ne peut donc pas assurer pleinement ses missions de conseil diagnostique et thérapeutique.

L'établissement a identifié ce risque et l'a inscrit au Compte Qualité, il prévoit de recruter un praticien temps plein référent dans le cadre du GHT de la Nièvre, mais n'a pu à ce jour pourvoir le poste, faute de candidature.

Les procédures de prévention des infections: hygiène de base, soins à risque infectieux, entretien des dispositifs médicaux, environnement du patient... sont actualisées et disponibles sur la GED. Des affiches sur l'hygiène des mains sont apposées dans les secteurs d'activité.

Des documents d'information sont prévus pour les patients porteurs de BMR par exemple.

Les protocoles de bionettoyage des locaux validés par le CLIN sont en place.

Les protocoles d'antibioprophylaxie sont actualisés et accessibles. Un guide d'antibiothérapie est disponible sur la plate-forme intranet.

Un dispositif d'alerte est paramétré pour la réévaluation des antibiothérapies probabilistes via le logiciel de prescription institutionnel.

Les équipements de protection individuel sont accessibles, des kits "isolement" sont en place pour les patients placés en précautions complémentaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés lors des vérifications de terrain connaissent et appliquent les procédures institutionnelles.

La surveillance des infections est réalisée dans les secteurs de soins: bactériémies liées aux cathéters et pneumopathies liées à la ventilation en réanimation, infections du site opératoire, infections à VRS et rotavirus en pédiatrie...

La surveillance des infections à germes résistants aux antibiotiques est gérée avec le laboratoire de microbiologie, et permet le suivi de l'incidence des bactéries multi-résistantes. Les alertes générées à partir du laboratoire de microbiologie lors de cas groupés d'infections, ou lors d'identification de BMR, ou d'autres germes ciblés, sont exploitées par l'EOH et les services cliniques.

La surveillance de la consommation en antibiotiques est gérée par molécule et par service, et corrélée au suivi de l'évolution des résistances bactériennes.

La surveillance environnementale (eau, air, surfaces, dispositifs médicaux...) est effective dans les secteurs interventionnels comme les blocs opératoires, l'imagerie, l'hémodialyse, la réanimation, la néonatalogie, l'endoscopie, l'unité de reconstitution des chimiothérapies...

Certains antibiotiques à large spectre bénéficient d'une dispensation nominative et contrôlée. Les professionnels rencontrés sont sensibilisés à la réévaluation des antibiothérapies de première intention après 48 à 72 heures. L'alerte générée par le logiciel de prescription a permis d'améliorer les pratiques. Cela est confirmé par les audits récents. La traçabilité a été retrouvée le plus souvent lors des vérifications de terrain.

La traçabilité du bionettoyage est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement procède à des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques.

Des tableaux de bord d'indicateurs nationaux et locaux sont suivis: TBIN, indicateurs internes de suivi des infections du site opératoire, des bactériémies, de consommation de solution hydro-alcoolique, de conformité des contrôles d'environnement, de consommation des anti-infectieux...

Les résultats des audits de pratiques, et des EPP contribuent à l'évaluation du dispositif.

L'établissement participe par ailleurs aux actions d'évaluation nationales pilotées par le GREPHH par exemple, et aux audits régionaux.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées après analyse des résultats des différents éléments d'évaluation. Elles ont porté par exemple sur la rédaction et l'actualisation de recommandations écrites, le renforcement de la surveillance des infections du site opératoire, le développement de la réévaluation des antibiothérapies...

Ces actions sont intégrées au programme annuel du CLIN et au PAQSS.

La communication est assurée auprès des professionnels lors des séances des instances, des réunions des cadres, des journées thématiques organisées par l'EOH...

Les usagers sont informés dans le cadre des réunions du CLIN et de la CDU.

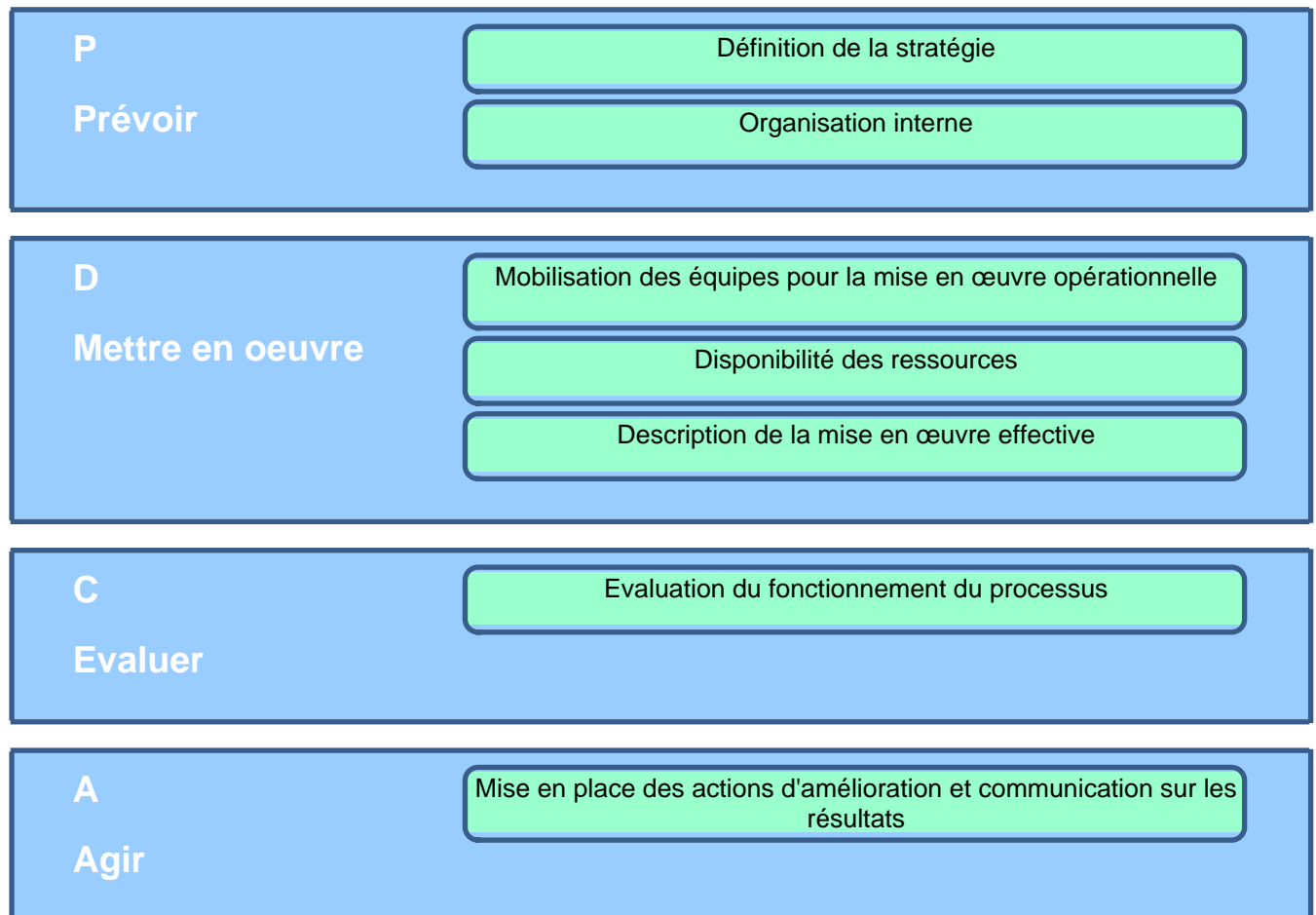
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect du droit des patients est intégré dans le projet d'établissement, et dans le projet qualité gestion des risques du CHAN. Les représentants des usagers ont participé à la définition de la politique qui est validée par la direction qualité et par la CDU, et porte sur la bientraitance, la dignité, l'intimité, la confidentialité, les libertés individuelles...

L'établissement a utilisé comme source d'information les résultats des analyses des fiches d'évènements indésirables et des réclamations et plaintes des patients ou de leur entourage, les résultats des enquêtes de satisfaction, des audits, ainsi que les remarques des usagers exprimées lors des réunions de la CDU. Il a également pris en compte la décision de la HAS suite à la V2010 relative à l'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

L'analyse des risques et leur hiérarchisation ont conduit à un plan d'actions intégré au PAQSS institutionnel.

Les risques prioritaires sont repris dans le Compte Qualité, ils portent notamment sur l'identification de la personne de confiance, l'information du patient, le respect des conditions de liberté, le recueil du consentement, la confidentialité des informations...

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la politique des droits des patients est coordonné par la directrice de la qualité et des relations avec les usagers et par un cadre de santé détaché par la direction des soins auprès de la direction qualité pour suivre le volet bientraitance sur l'ensemble des sites et des pôles. Les rôles et missions sont formalisés.

La CDU est en place conformément à la réglementation. Des médiateurs médicaux et paramédicaux sont nommés. Une commission éthique est constituée.

Le CHAN a prévu les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Des actions de formation portant sur la bientraitance, la dignité, l'intimité, la confidentialité, le respect des libertés... sont inscrites chaque année au plan de formation institutionnel. L'accueil des nouveaux arrivants est structuré avec un volet spécifique sur le droit des patients.

La documentation nécessaire est structurée dans le cadre de la GED institutionnelle. Un livret d'accueil général au CHAN réactualisé est complété par des livrets d'accueil spécifiques (pédopsychiatrie, gériatrie, néonatalogie pédiatrie), il informe les patients sur leurs droits et les missions de la CDU. La charte de la personne hospitalisée est prévue et, si besoin, peut être mise à disposition en anglais, allemand, italien, espagnol, chinois, ainsi qu'en braille.

Le recueil de la personne de confiance, à prévenir, des directives anticipées est organisé.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies.

La gestion des interfaces est organisée par la direction qualité, la direction des soins, les pilotes de la thématique. Elle est facilitée par la tenue de réunions pluridisciplinaires et des jeudis de la qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQSS est décliné sur le plan opérationnel dans chaque service de l'établissement. Les cadres de santé sont les relais de la politique droits des patients et du plan d'action associé auprès de leur personnel. La communauté médicale est mobilisée via la CME.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par leur hiérarchie sur les objectifs de leur secteur lors des réunions périodiques de service.

Ils participent au dispositif de déclaration des évènements indésirables.

Les pilotes du processus, en lien avec la cellule qualité, s'assurent de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'action en suivant l'évolution des indicateurs.

La mise en place depuis 2016 de la méthode du patient traceur mobilise l'ensemble des professionnels concernés (médecins, para médicaux infirmiers et de rééducation, psychologue, assistante sociale, diététicienne et autres si besoin).

Une EPP a été mise en place en 2016 sur le respect des droits des patients, ainsi que des audits cliniques portant sur la contention des patients dans le pôle gériatrique.
Les usagers participent à l'identification des actions d'amélioration lors de la présentation des résultats en CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés au respect des droits des patients : bienveillance, dignité, liberté individuelle. Le recueil des demandes est assuré par les cadres des services pour chaque pôle. Des actions thématiques ont été menées en 2015 et 2016, par exemple sur les soins palliatifs, la maltraitance et bienveillance des personnes vulnérables, la gestion de l'agressivité, la prise en charge de la douleur. Ils sont régulièrement sensibilisés lors des réunions de service sur les autres thèmes relatifs aux droits des patients.

Ils sont également informés régulièrement des résultats obtenus des indicateurs lors de réunions de service, par voie d'affichage et via le journal d'information interne.

L'ensemble des procédures relatives au droit des patients est consultable dans le logiciel de gestion documentaire. Le livret d'accueil du patient est disponible, il inclut le questionnaire de sortie, et des livrets spécifiques.

Une liste d'interprètes dans plusieurs langues étrangères est disponible

Des chambres individuelles sont disponibles dans tous les services. Dans les chambres à deux lits, des rideaux sont prévus pour faciliter le respect et l'intimité notamment lors des soins. De même dans le service des urgences il existe des box avec des paravents de séparation. Des espaces sont réservés aux rencontres entre les patients et leur entourage, des solutions sont proposées au cas par cas aux familles (lits accompagnants, repas, accessibilité large au service) pour certaines prise en charge.

Une maison des usagers est accessible.

Un système anti fugue est installé en SSR.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain et les patients traceurs ont confirmé que les professionnels connaissent les procédures, et sont attentifs au respect des droits des patients.

Le livret d'accueil est distribué systématiquement dans tous les services. Il comprend toutes les informations utiles, dont le document à compléter pour la personne de confiance et les directives anticipées ainsi que le questionnaire de sortie. Chaque patient peut bénéficier de la mesure de non divulgation de présence s'il le demande.

La traçabilité de la personne de confiance et à prévenir a été retrouvée dans la plupart des dossiers observés en cours de visite.

Les familles ou l'entourage sont associés aux décisions si la situation le nécessite. Dans tous les pôles, les accompagnants peuvent rester au chevet de leur proche s'ils le souhaitent, de jour comme de nuit. La procédure de prise en charge des décès est connue, l'accueil de l'entourage est assuré. Un livret à l'usage des familles lors d'un décès a été élaboré en 2013 et remis aux familles. Une psychologue est à disposition des patients et de leur famille si besoin, en service de soins palliatifs notamment.

Le patient est associé à son projet de soins lorsque celui-ci est formalisé. Le consentement éclairé du patient est recherché à chaque étape de sa prise en charge par les médecins et les soignants. Les synthèses faites lors des réunions d'équipe sont tracées dans le dossier du patient.

La dignité et l'intimité des patients sont respectées lors des soins techniques ou d'hygiène.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont diffusées.

Les professionnels sont attentifs à la confidentialité des informations, et au respect des libertés individuelles. Cependant, les restrictions de liberté, ne font pas systématiquement l'objet de réévaluation à périodicité définie des prescriptions médicales. Les vérifications de terrain dans les services de médecine et de SSR ont montré que les prescriptions de systèmes de contention ou de barrières sont rédigées pour un mois, ou sans durée déterminée, et que la traçabilité de leur réévaluation n'est pas systématique. Le CHAN a identifié ce risque et l'a inscrit au Compte Qualité, il prévoit d'actualiser ses recommandations de bonnes pratiques et de développer un nouveau support de prescription en 2018.

L'établissement a été réactif aux remarques des experts-visiteurs, et a mis en place, en cours de visite, un dispositif de réévaluation quotidienne de la prescription informatisée.

Les chartes de la personne âgée, et de la personne hospitalisée sont affichées dans les unités de soins.

La CDU se réunit 4 à 5 fois par an et participe activement à l'évaluation du respect des droits des patients. Elle est informée des plaintes et réclamations reçues et des délais de réponse apportés. Elle émet des recommandations prises en compte dans le PAQSS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Outre les indicateurs IQSS, l'établissement produit ses propres indicateurs au regard des actions engagées figurant au PAQSS.

L'exploitation des questionnaires de sortie, de l'enquête e-satis, les audits de processus et des patients traceurs contribuent à l'évaluation du processus, ainsi que les audits ciblés sur certains thèmes du PAQSS (participation du patient et son entourage au projet de vie en USLD par exemple).

Un questionnaire d'auto contrôle "regards croisés sur la bientraitance" mis en place en 2014, sert à évaluer les pratiques professionnelles sur cette thématique.

Un bilan de la mise en oeuvre du plan d'action est réalisé en fin d'année par le COPIL qualité, il permet d'évaluer les résultats obtenus et d'établir le programme pour l'année suivante.

A / AGIR

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

L'exploitation de tous les résultats des indicateurs et du tableau de bord permet à l'établissement d'ajuster sa politique, d'élaborer son programme d'action et d'enrichir son plan d'action institutionnel en lien avec la CDU. Les améliorations ont porté notamment sur l'actualisation des procédures, et la formation des professionnels.

La communication à destinations des personnels existe sous différentes formes (site intranet, journaux internes, affiches, réunions d'information...). Le résultat des indicateurs e-satis est affiché à destination des usagers, dans les couloirs de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

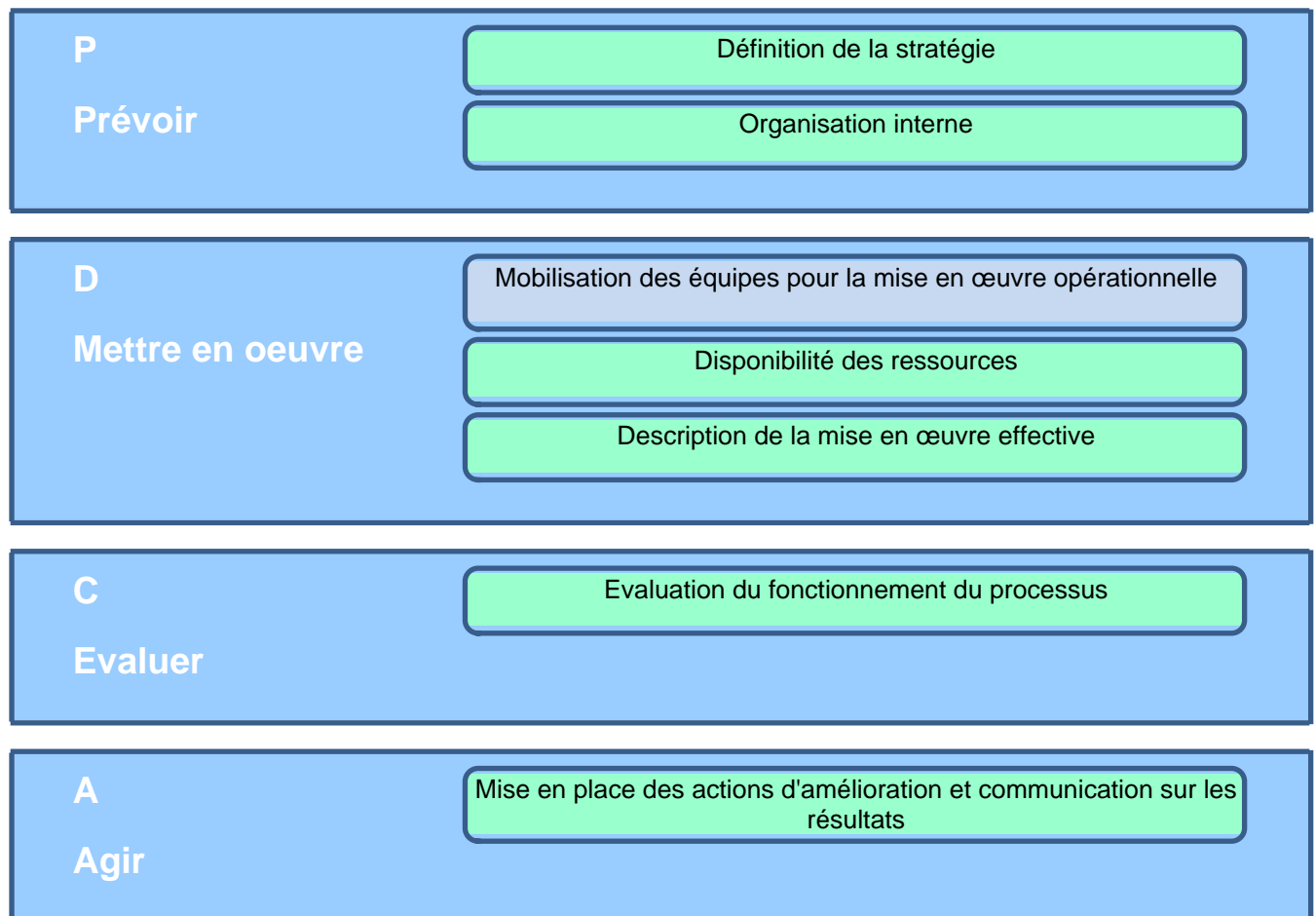
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 CHAN a défini sa politique de parcours patient en lien avec les orientations du SROS dans Le projet médical, le projet de soins et l'avenant au projet qualité-gestion des risques validé en conseil de surveillance, concomitamment à la création du GHT départemental.

Cette stratégie prend en compte l'environnement externe de l'établissement caractérisé par une offre de soins libérale déficiente et une population rurale vieillissante. L'établissement conduit sa stratégie en lien avec les autres acteurs locaux sur les plans de la psychiatrie et des structures médico-sociales, dont le maintien à domicile des personnes âgées.

Le projet du CHAN opère le passage d'une organisation basée sur une logique de séjours à une organisation basée sur une logique de parcours. L'offre de soins complète de l'établissement (urgences, chirurgie, médecine, obstétrique, SSR, SLD et Santé mentale pédiatrique ambulatoire) et des formes différenciées de prise en charge (consultations, hospitalisation complète, de semaine, de jour) génèrent des parcours complets en interne. Pour certaines filières (accident vasculaire cérébral (AVC), néonatalogie), les prises en charge sont structurées en parcours de soins avec le CHU de Dijon.

L'analyse hiérarchisée des risques a exploité les données des évaluations externes (IQSS, certification HAS), des évaluations internes (EPP, audits...), des signalements d'événements indésirables. Elle a porté sur les différentes étapes de la prise en charge du patient. Les risques prioritaires sont intégrés dans le Compte Qualité. Ils concernent notamment l'examen à l'entrée du patient, la prise en charge des troubles nutritionnels, des escarres, la rééducation, la préparation de la sortie. Les risques liés aux prises en charge de l'AVC, de l'infarctus du myocarde et des patients hémodialysés chroniques y sont également intégrés spécifiquement. Les plans d'actions associés sont intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Au niveau stratégique, le processus parcours du patient est piloté par le président de la CME et la directrice des soins qui définissent les objectifs institutionnels (structuration complète de la filière gériatrique, développement de la chirurgie ambulatoire, mobilisation du dossier patient comme outil d'amélioration du parcours, etc.). Les responsabilités et les missions sont définies. Une Commission parcours du patient est en place. Son règlement intérieur est validé; il prévoit 3 réunions annuelles. Les indicateurs de fonctionnement sont définis (taux de présentisme, taux de réalisation du plan d'action) et intégrés au rapport d'activité de l'établissement.

Pour la mise en œuvre opérationnelle, ce pilotage s'appuie sur les responsables médicaux et non médicaux des pôles et des services, en collaboration avec des personnes ressources et avec les groupes de travail et instances de l'établissement, tels que la CME, le CLAN, le CLUD, etc. Les missions et attributions des personnes et des groupes de travail impliqués dans l'amélioration du processus sont formalisées. Les rôles et responsabilités des différents acteurs sont définis dans des fiches de postes.

Les activités cliniques et médico-techniques des quatre sites du CHAN (Pierre Bérégovoy, Pignelin, Colbert et Courlis) sont organisées en six pôles. Des contrats de pôle sont formalisés et prévoient des indicateurs de suivi.

L'accueil des patients et les différents parcours sont organisés. Un dispositif d'accueil est prévu pour assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. La fonction transport des patients est organisée.

Dans le cadre de l'accueil des populations présentant des risques particuliers, des filières et des dispositifs spécifiques sont en place : on peut citer notamment la PASS pour les personnes en situation de précarité, le dispositif de prise en charge du handicap, les modalités concernant les détenus, la prise en charge de la pédopsychiatrie. L'établissement a structuré le parcours gériatrique avec la création d'unités mobiles de gériatrie interne et externe, d'une unité cognitivo-comportementale et d'un service d'hospitalisation de jour.

La réponse aux besoins en ressources humaines est organisée. Les besoins en formation sont identifiés lors des évaluations individuelles et de manière collective pour les projets de service et de pôle. La cellule qualité participe à l'identification des besoins. Le plan de formation annuel reprend l'ensemble de ces données.

La journée de formation des nouveaux professionnels et des nouveaux prescripteurs intègre le dépistage des troubles nutritionnels, et une plaquette d'information à l'éducation thérapeutique est remise.

Les protocoles et procédures sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques: outils d'aide au diagnostic, recommandations de bonnes pratiques, documents d'information

du patient... Ils sont issus de documents de référence validés et actualisés. Les documents sont élaborés par les professionnels concernés et diffusés dans la gestion documentaire institutionnelle après validation.

Un plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement.

Les interfaces sont définies, à la fois au sein de l'établissement, du GHT, et avec la médecine libérale. L'implication des structures médico-sociales d'aval est recherchée à travers un travail de réseau et de partenariat (plusieurs EHPAD figurent dans le GHT).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours du patient en lien avec les orientations de l'établissement. Des indicateurs qualité afférents à la prise en charge médicale et soignante sont suivis dans les contrats de pôle. Lors du dialogue de gestion ceux-ci sont présentés et discutés. La direction des soins a défini pour chaque secteur d'activité les axes d'amélioration prioritaires, avec un suivi d'indicateurs spécifiques.

Les responsables des secteurs informent et sensibilisent les équipes sur les priorités définies au niveau institutionnel, et sur le fonctionnement du processus concernant leur secteur, au regard des risques identifiés et des résultats des évaluations, notamment d'indicateurs. Ils veillent à l'application des consignes et les dysfonctionnements identifiés donnent lieu à des actions correctives.

Les professionnels participent aux actions visant à l'amélioration du parcours du patient: élaboration de protocoles, participation aux démarches d'EPP (37 en 2016 liées au parcours patient), aux audits (76 en 2016), au traitement des plaintes, aux patients traceurs (20 réalisés avec un objectif minimum 1/an/service).

La mobilisation des professionnels pour le recueil des évènements indésirables est opérationnelle en ce qui concerne le parcours du patient, des RMM sont assurées.

Des évaluations sont réalisées et les résultats restitués par secteur (urgence vitales...) ou par pôle (prescription ...). Les résultats des IPAQSS ont été diffusés par secteur afin de permettre une appropriation des équipes nécessaire à la mise en place d'actions adaptées.

Les professionnels s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

La mobilisation des acteurs externes sur la stratégie du parcours patient est réalisée auprès des professionnels libéraux (médecins, sages-femmes, soignants).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans les unités de soins, les effectifs et les compétences sont en adéquation avec les besoins de prise en charge, malgré les fortes difficultés de recrutement pour le personnel médical.

Les compétences d'accompagnement social, psychologique pour les patients et leur entourage, d'aide aux patients démunis, d'appui sur la prise en charge gériatrique et en matière de soins palliatifs sont accessibles pour les professionnels confrontés à des situations spécifiques.

Les règles de présence et le système de gardes et d'astreintes permettent d'assurer la permanence des soins de jour comme de nuit, dans tous les secteurs.

Des actions de formation (bientraitance, suicide, prise en charge des personnes âgées, diabète, troubles de la déglutition, douleur, etc.) et de réactualisation de la formation aux gestes d'urgence sont déployées annuellement.

Les documents (procédures, protocoles, formulaires actualisés et validés) sont à disposition des équipes via la GED. Ils décrivent notamment les interfaces entre les activités (prise en charge (PEC) de la personne démunie), les liens avec les structures hors établissement (PEC de la crise suicidaire avec l'intervention de l'unité de liaison CESAM, PEC particulière psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent), les conduites à tenir (PEC des urgences vitales, des troubles nutritionnels, des décès...) etc...

Les documents d'information et de conseil élaborés à destination des patients sont disponibles: le livret d'accueil, les support éducatifs, les documents de sortie, des affiches..

Les chariots d'urgence avec défibrillateur sont présents dans chaque secteur.

Le matériel informatique répond aux besoins des utilisateurs sur les plans de l'ergonomie et de la disponibilité.

Le matériel spécifique identifié comme nécessaire est mis à disposition (matériel biomédical, fauteuils roulants, chariots douche, lève personne, etc.)

Les coordonnées d'alerte en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain et les audits patient traceur ont confirmé que les équipes connaissent et mettent en oeuvre les organisations prévues pour les différents parcours patient.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté, selon les procédures générales ou spécifiques aux services et en tenant compte des besoins et des risques relatifs à la pathologie et aux caractéristiques des populations accueillies. L'évaluation infirmière s'effectue à l'aide d'un recueil initial de données qui se traduit dans un plan de soins individualisé intégré au dossier. Chaque service a formalisé des protocoles types de soins infirmiers et de surveillances en fonction de sa spécificité. Les autres professionnels non médicaux, dont les rééducateurs et les assistants de service social, sont sollicités au besoin. La construction du projet de soins personnalisé est réalisée sur ces bases; elle intègre la réflexion bénéfice-risque et permet l'articulation avec les soins de rééducation. Le cas échéant, l'organisation en filières de soins facilite l'orientation du patient vers les soins de suite et de réadaptation.

L'évaluation des enfants accueillis en HDJ de santé mentale est réalisée par le médecin traitant.

Une démarche d'identification et de prise en charge du risque suicidaire est menée depuis le service des urgences jusqu'à l'unité d'hospitalisation.

L'évaluation continue de l'état de santé et des besoins du patient est tracée sur les supports du dossier dédiés à chaque catégorie professionnelle tout au long de la prise en charge. La coordination des professionnels est assurée par les écrits du dossier et par la concertation réalisée lors des staffs et des réunions cliniques pluri professionnelles.

Le projet de soins est retrouvé dans le dossier patient, dans les conclusions des observations médicales et dans les comptes rendus des réunions.

L'évaluation du risque nutritionnel est tracée dans les dossiers comme en témoignent les audits dossiers institutionnels réalisés dans tous les secteurs sur 5 dossiers patient par semaine. La prise en compte du risque, notamment de dénutrition a fait l'objet d'une démarche d'amélioration sur tout l'établissement.

L'éducation thérapeutique est développée dans de nombreux secteurs. Plusieurs programmes autorisés ont été construits et sont utilisés: éducation des patients atteints par des maladies cardiovasculaires, des patients obèses, des patients atteints de diabète, de patientes présentant un diabète gestationnel. En 2016, 259 patients ont bénéficié d'un programme d'ETP au CHAN. Des programmes avec d'autres réseaux ou en projet tels que : le patient atteint de BPCO, la réadaptation cardiaque, le diabète chez l'enfant, les patients porteurs de stomie, l'éducation à l'auto sondage, le patient dialysé ... sont en cours de déploiement.

Des RCP se réunissent régulièrement pour les prises en charge en oncologie.

Les dispositifs et préconisations de l'établissement en matière d'organisation de la sortie du patient sont mobilisés: les hypothèses de sortie sont envisagées dès le début de l'hospitalisation, intégrant une évaluation sociale et l'implication de l'entourage du patient. La préparation de la sortie est coordonnée entre les différents intervenants en interne et en externe. La transmission des documents et des informations nécessaires est organisée de façon à assurer la continuité de la prise en charge (utilisation du logiciel dédié).

Suite aux résultats de la campagne 2014/2016 de l'indicateur IPAQSS "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" pour le MCO et SSR, un plan d'action multi-sectoriel a été engagé. Il a permis une progression nette de l'indicateur grâce au déploiement de la dictée numérique dans un quart des secteurs, et à une sensibilisation permanente des médecins et la signature des contrats de pôles.

Les conditions d'accès et d'information de l'entourage sont affichées et précisées (horaires de visite, lit hébergement, repas sur place, entretien avec les médecins et l'encadrement). Elles tiennent compte des situations particulières (soins palliatifs, fin de vie, évolutions).

La prise en charge de patients porteurs de handicap est effective, sur la base des outils élaborés par un groupe de travail pluri-professionnel.

La vérification du chariot d'urgence (matériel, médicaments et défibrillateur) est généralisée et tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La commission du parcours du patient est chargée du suivi de la qualité et de l'efficacité des actions menées. L'analyse est menée sur l'ensemble des données par secteurs d'activité ou au niveau institutionnel (audits parcours du patient, patients traceurs, suivi d'indicateurs nationaux (IQSS) et locaux....).

Les contrats de pôle comprennent des indicateurs qualité spécifiques de la prise en charge médicale et soignante du parcours du patient. Le suivi est assuré en réunion de dialogue de gestion.

Les évaluations portent sur : l'accueil, l'évaluation initiale et continue, l'urgence vitale, la PEC somatique en santé mentale, la PEC des personnes vulnérables, la PEC du risque suicidaire, l'éducation thérapeutique, la continuité de la PEC en aval, la pertinence des orientations à la sortie, les activités de soins de suite et de réadaptation, la continuité et coordination des soins.

La satisfaction des usagers sur le parcours du patient est évaluée notamment par le biais des questionnaires de sortie, d'e-satis, des questionnaires d'hospitalisation, de questionnaires spécifiques, et de questionnaire de satisfaction de l'entourage.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Par exemple, la valeur de l'IPAQSS "dépistage des troubles nutritionnels" a entraîné une évolution du dossier, et un plan de formation des équipes. L'analyse de l'indicateur "délai d'envoi du courrier de sortie" a motivé le développement du projet de dictée numérique.

Les résultats des évaluations et les actions engagées sont communiqués aux professionnels via les instances, les réunions d'encadrement, l'intranet et par affichage.

Les usagers sont informés dans le cadre de la CDU, et les résultats des IPAQSS sont intégrés au livret d'accueil.

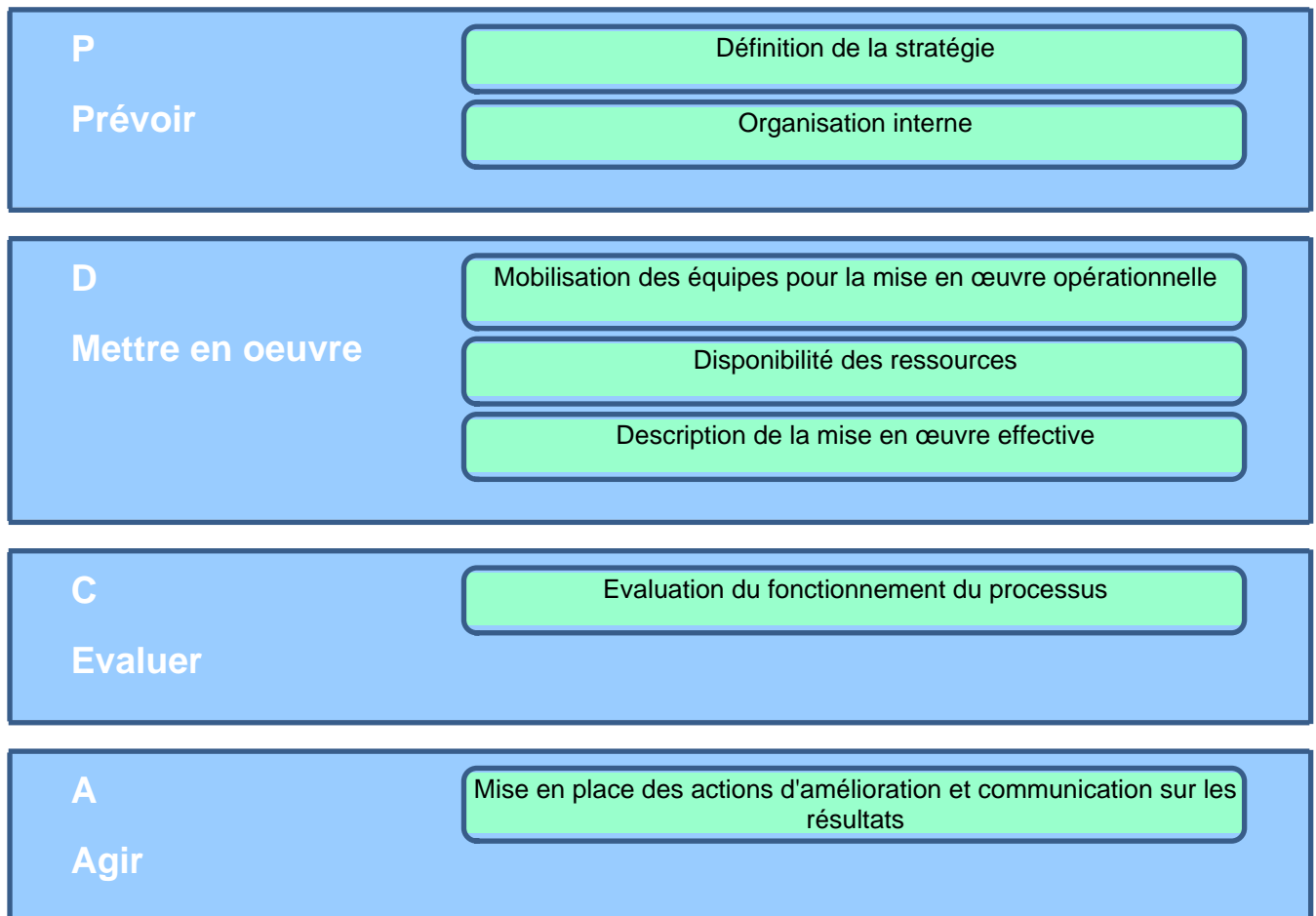
DOSSIER PATIENT

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

La politique du dossier patient du CHAN est formalisée dans le projet médical, dans le projet de soins (mesure 2-1 de l'axe 2), et dans l'avenant du projet qualité gestion des risques (axe stratégique 6 : « Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient »). Elle a été validée en CME , en CDU, en CSIRMT ainsi qu'en conseil de surveillance.

Les risques ont été identifiés à partir de l'analyse des indicateurs nationaux et locaux, des réclamations et des évènements indésirables, de la recommandation de la certification V2010 qui portait sur la gestion du dossier patient, des résultats des audits internes.

Les risques prioritaires sont intégrés au Compte Qualité, ils portent notamment sur l'identification de tous les éléments constitutifs, le stockage et le rangement, la communication entre professionnels, les délais d'accès du patient... Ils sont assortis de plans d'actions intégrés au PAQSS, l'objectif institutionnel étant le déploiement complet du dossier patient informatisé (DPI).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la démarche d'amélioration du dossier patient est assuré par un médecin président du groupe permanent du dossier patient (GPDP), et un cadre de santé référent du dossier patient informatisé. Le GPDP est une sous-commission de la CME dont la présidence est validée en CME. Le règlement intérieur définit les missions et les responsabilités de ses membres, sa composition ainsi que la fréquence des réunions. Le bilan d'activité et le programme d'actions sont présentés en CME, le rapport d'activité institutionnel présente les indicateurs de suivi.

Le GPDP est composé de professionnels référents métier des secteurs d'activité : secrétaires, cadres, médecins, IDE, archiviste, DIM.

L'objectif de ce groupe est d'assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et d'optimiser le passage au dossier informatisé.

Le déploiement du dossier de soins informatisé est largement engagé, seul le dossier médical est en totalité en format papier. L'établissement prévoit de l'informatiser dans l'ensemble des services début 2021.

Les ressources humaines allouées à l'organisation/formation/gestion du dossier patient sont identifiées au sein de la cellule opérationnelle DPI, composée d'un cadre de santé, de 3 infirmières, 0.3% de secrétaire et 0.5% de pharmacien. Les besoins en formation sont identifiés lors des évaluations individuelles des professionnels et de manière collective pour les projets de service et de pôle. La cellule qualité participe à l'identification des besoins, le plan de formation intègre l'ensemble de ces données ainsi que les formations à l'utilisation du dossier informatisé.

Des protocoles et procédures sont identifiés et élaborés avec les professionnels concernés puis validés par les instances et diffusés dans la GED.

Ces documents prennent en compte les responsabilités, la tenue du dossier, les règles de confidentialité, la composition, l'utilisation et l'accessibilité en temps utile.

Les règles d'accès au dossier par les professionnels, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, sont définies, formalisées et diffusées.

Les règles d'archivage du dossier sont établies. Les modalités de fonctionnement en mode dégradé sont formalisées.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier a été définie

Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins des utilisateurs, le niveau d'équipement informatique est adapté aux organisations et aux applications développées. La maintenance des équipements est organisée. Un plan de retour à l'activité en cas de panne informatique est élaboré décrivant les modes dégradés et le mode de demande d'intervention. Une sauvegarde de l'ensemble des données informatisées est réalisée quotidiennement.

Les interfaces sont organisées pour ce qui concerne les résultats d'examens de biologie et d'imagerie, ainsi que la pharmacie pour la prescription médicamenteuse. La coordination entre les différents acteurs est en place. La cellule de correction des mouvements permet de gérer les interfaces entre le système d'information, le bureau des entrées, le DIM. Des outils sont prévus: fiches de liaison, check-list de transfert, fiche de suivi du dossier transféré en interne...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activités se sont saisis des enjeux liés au dossier. Le cadre du service s'assure de la conformité des pratiques en lien avec les dispositions prévues au sein de l'établissement. Une évaluation hebdomadaire est réalisée sur cinq dossiers patients dans chaque unité d'hospitalisation. Les items recueillis portent sur: présence d'un bracelet d'identification, concordance entre le bracelet patient et celui apposé sur le lit, traçabilité de l'IMC, évaluation de la douleur à l'admission, traçabilité de la surveillance de la douleur, utilisation d'une échelle douleur, traçabilité de l'information sur le bon usage du médicament, désignation d'une personne de confiance, traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre, du risque de fugue, absence de retranscription de prescriptions médicales par l'IDE, réalisation de l'inventaire. des audits patient traceur ont été menés dans toutes les unités.

Les résultats des indicateurs IPAQSS liés à la tenue du dossier patient et au délai d'envoi des courriers sont analysés en équipe de façon à cibler les mesures correctives éventuelles à mettre en œuvre, ils sont diffusés par pôles.

Une information auprès de la communauté médicale est diffusée à chaque CME par le médecin président du GPDP ainsi qu'une information individuelle ciblée lorsqu'elle s'avère nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. La formation des personnels est organisée par la cellule DPI, elle se tient deux fois par an pour les nouveaux professionnels. Lors de la formation semestrielle des nouveaux prescripteurs et des nouveaux internes, les règles institutionnelles d'utilisation du dossier sont expliquées. La cellule DPI assure aussi la gestion des habilitations pour l'ensemble des personnels.

Les professionnels sont invités à signer une charte de bon fonctionnement du dossier patient à l'issue de leur formation.

Les équipements sont adaptés à la gestion opérationnelle du dossier: chariots équipés d'ordinateurs pour les médecins et les IDE/AS, outils de bureautique... Le logiciel dossier patient est disponible pour 80% des lits, et des outils de dictée numérique dans 25% des services.

Les protocoles de tenue du dossier patient et d'accès du patient à son dossier sont accessibles en ligne. Les documents d'information à destination des patients sont diffusés dans le livret d'accueil, la charte des usagers est disponible dans le livret d'accueil, affichée et présente sur le site internet, une plaquette explicative pour l'obtention du dossier est distribuée.

L'établissement dispose d'un service d'archives dont les effectifs sont en adéquation avec les besoins. Un système de géolocalisation des dossiers s'effectue par l'intermédiaire de lecture code barre. En dehors des heures d'ouverture des archives une procédure décline la conduite à tenir. Une traçabilité des emprunts de dossier est instaurée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain dans les différents secteurs d'activité et les dossiers des patients traceurs montrent que les professionnels connaissent l'organisation définie pour la gestion du dossier, ainsi que les règles de demande et d'archivage.

Le DPI est utilisé dans les services où il est déployé.

Le dossier permet la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile. Chaque pièce du dossier de soins papier est datée et comporte l'identification du patient: observations, relevé des constantes, prescriptions, CRO, compte-rendu des urgences, courrier de sortie, résultats biologiques...

Le dossier témoigne de la réalisation du projet personnalisé de soins du patient grâce aux données transcrites à toutes les étapes de son parcours, qui sont actualisées régulièrement. Les prises en charge spécifiques sont détaillées. Les différents intervenants rédigent systématiquement un compte rendu de leur passage.

Les courriers de sortie sont remis aux patients le jour de leur sortie dans plus de 80% des cas.

Le dossier est transmis lors de mutation interne en temps réel (dossier unique). Lors des transferts (entre établissements de santé) les éléments nécessaires à la continuité des soins sont adressés.

Le recours aux archives est opérationnel quel que soit le lieu de stockage.

Les délais de transmission du dossier au patient ou à ses ayants-droit sont mesurés, les délais impartis pour les dossiers de plus de 5 ans sont respectés. Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. Le délai d'accès du patient à un dossier de moins de 5 ans est de 9 jours, alors que la réglementation demande que ces informations médicales soient communiquées dans les 8 jours. L'établissement a identifié ce risque dans son Compte Qualité, et a déjà engagé des actions permettant de réduire ces délais.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHAN assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient par la mise en place de plusieurs modalités d'évaluation: évaluation de la tenue du dossier patient par le recueil de l'indicateur IQSS, suivi des indicateurs hôpital numérique relatif aux dossiers patients, audits périodiques sur la tenue du dossier et le délai d'envoi du courrier de sortie, évaluation du délai de transmission des dossiers aux patients, taux de déploiement de l'informatisation...

Un tableau de bord regroupant l'ensemble de ces évaluations est suivi par les pilotes.

A / AGIR

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

La politique «dossier patient» est réajustée annuellement sur la base du bilan de l'année précédente. Les nouveaux objectifs mesurables sont fixés et des actions d'amélioration programmées et intégrées au PAQSS.

La valeur des indicateurs IPAQSS de tenue du dossier patient ont par exemple motivé des actions d'amélioration portant sur le déploiement de l'outil informatique (DPI, dictée numérique), et la sensibilisation des professionnels à l'importance de la traçabilité des données.

La diffusion des résultats des évaluations et des actions conduites est organisée en interne lors de réunions par secteur d'activité et par pôle.

Un affichage institutionnel est réalisé complété par une information sur l'intranet.

La CDU est tenue informée des résultats.

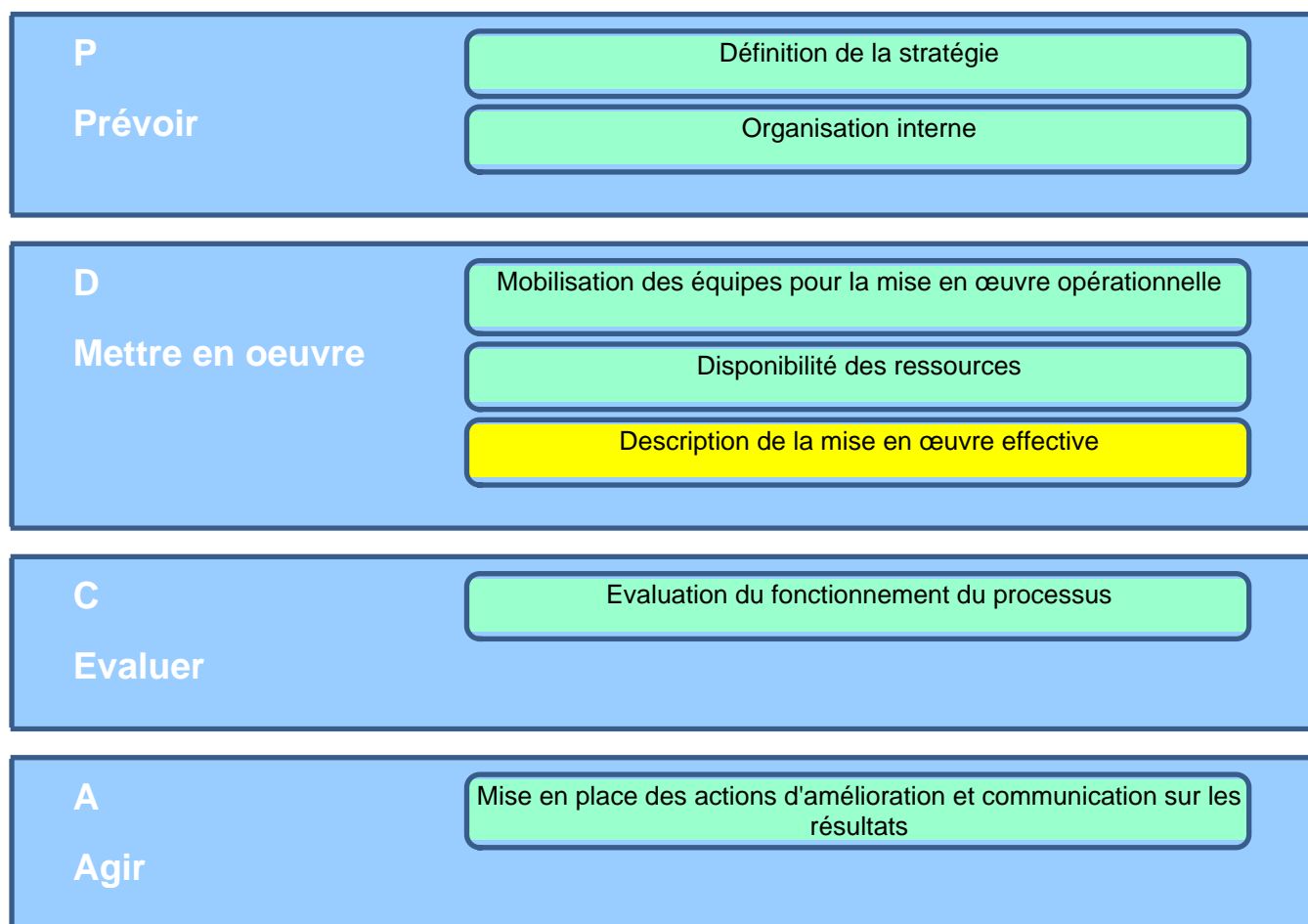
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse a été réévaluée en 2016, et validée début 2017 par les instances. Cette politique prévoit des dispositions spécifiques au sujet âgé.

La stratégie a été élaborée sur la base des réserves et recommandations de la précédente certification HAS V2010 qui portaient sur la prise en charge médicamenteuse, du suivi du CBUM, de la cartographie des risques, des résultats des indicateurs IPAQSS, et des indicateurs internes.

La cartographie des risques a identifié 15 priorités qui ont alimenté le Compte Qualité. Les plans d'actions associés sont intégrés au PAQSS. Ils portent notamment sur le déploiement de l'informatisation du circuit visant à sécuriser la prescription et l'administration; sur l'actualisation des protocoles; sur le développement de la dispensation nominative; sur la gestion du traitement personnel du patient; sur la traçabilité de l'information donnée au patient... Pour chaque objectif, les responsabilités et les délais de réalisation sont définis, et un indicateur de suivi est identifié.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge médicamenteuse est assuré par le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et par un cadre supérieur de santé de la direction des soins positionné en mission transversale sur la qualité et la gestion des risques. Ces professionnels sont missionnés par le directeur et le président de la CME.

Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis dans des fiches de poste.

Un groupe pluri-professionnel "Qualité de la prise en charge médicamenteuse" (associant représentants de la direction qualité et de la direction des soins, pharmaciens, médecins, cadres, IDE...), ainsi qu'un COMEDIMS et une COMAI (commission des anti-infectieux) sont en place.

Il existe un projet d'informatisation complète du circuit du médicament intégré au schéma directeur du système d'information. Des échéances sont définies pour les 17% de lits qui ne sont pas encore informatisés; par exemple le centre d'hémodialyse et le service de SSR du site de Pignelin doivent être équipés au second semestre 2017.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure des ressources humaines nécessaires en termes d'effectifs et de compétences. Des actions de sensibilisation et de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont intégrées au plan annuel de formation. La formation des nouveaux arrivants est organisée.

La gestion documentaire est organisée via la plate-forme intranet pour l'ensemble du processus: prescription, administration, gestion des médicaments et des populations à risques, déclaration des erreurs médicamenteuses, information du patient... Le Manuel qualité a été actualisé en 2016, il décrit le système de management de la qualité, les différents processus du circuit, les indicateurs, les documents disponibles...

Cependant, le développement de la délivrance nominative des médicaments n'est pas engagé. L'établissement n'a pas formalisé l'organisation de la dispensation nominative après analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. Dans l'ensemble des services de MCO, SSR, SLD et santé mentale, la délivrance des médicaments est organisée sur la base d'une dotation globale. Seuls quelques antibiotiques, les chimiothérapies, les médicaments dérivés du sang, les molécules hors T2A et certains médicaments hors dotation sont délivrés de manière nominative. L'établissement a identifié ce risque dans son Compte Qualité, il prévoit d'intégrer au projet médical 2017-2021 l'automatisation de la délivrance des médicaments, et de développer ainsi la dispensation nominative qui contribue à diminuer la iatrogénie médicamenteuse.

Les locaux et équipements nécessaires à la prise en charge médicamenteuse sont prévus.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre l'équipe de la PUI et les services de soins. Elle repose notamment sur le réseau des cadres, et l'identification de pharmaciens référents par secteur d'activités. Les réunions du groupe de pilotage et du COMEDIMS contribuent également à la concertation, et à la communication des informations. Des staffs d'encadrement sont organisés chaque mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche qualité institutionnelle est déclinée, dans l'ensemble des secteurs d'activité de court séjour, SSR, SLD, et en pédo-psychiatrie.

Les pharmaciens et les cadres de santé sensibilisent les équipes sur les risques identifiés dans leur secteur et s'assurent du respect des procédures. Ils réalisent des audits réguliers sur la conformité des prescriptions, de l'administration, de la rédaction du traitement de sortie...

Les professionnels des unités de soins sont impliqués dans plusieurs démarches d'EPP: gestion du traitement personnel, gestion des péremptions, prescription/administration, préparation des chimiothérapies, prescription des psychotropes chez le sujet âgé...

La qualité des prescriptions est évaluée lors des audits hebdomadaires des dossiers patients réalisés par les cadres avec les équipes. des actions correctives sont décidées avec les professionnels, si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont assurées. Le CH dispose d'une PUI au sein de laquelle sont identifiés des pharmaciens référents des différents secteurs de soins, et des préparateurs. La liste des prescripteurs habilités est disponible.

Les horaires d'ouverture de la PUI, et les modalités d'accès à la pharmacie sont établis. La liste d'astreinte pharmaceutique est diffusée.

Des actions de formation à la prévention des erreurs médicamenteuses sont menées, par exemple lors de la réunion des "jeudis de la qualité et des risques" de mai 2016, lors de la formation semestrielle des nouveaux prescripteurs et internes, lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants. Un tutorat est en place pour les nouveaux arrivants médecins et paramédicaux.

La liste des médicaments (solutés hypertoniques, anticoagulants...) et des situations à risques (patient âgé...) est établie. Des mesures particulières sont développées, notamment la priorisation de l'analyse pharmaceutique.

Un logiciel de prise en charge médicamenteuse institutionnel est disponible dans 83% des lits: l'ensemble des services de médecine, de chirurgie, de SLD, de SSR des sites de Pierre Bérégovoy et de Colbert, est équipé pour la prescription et l'administration. La gestion des chimiothérapies est complètement informatisée.

Un support papier unique de prescription/administration est en place en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en réanimation, aux urgences, en pédo-psychiatrie, en hémodialyse, en SSR sur le site de Pignelin.

Les matériels et équipements nécessaires sont disponibles et uniformisés: postes informatiques fixes et mobiles, armoires de rangement renouvelées lors de la mise en place du nouveau système de dotation plein-vide, chariots de distribution des médicaments...

L'URC dispose de locaux adaptés à la marche en avant, de zones logistiques, de deux isolateurs, d'enceintes réfrigérées...

Des outils d'aide à la prescription sont diffusés: livret thérapeutique, protocoles d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie, de gestion des anticoagulants, de prise en charge du diabète... Ils sont actualisés et validés. Les professionnels y ont accès via l'intranet.

Des recommandations écrites sont accessibles: bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration, gestion des produits pharmaceutiques, modalités d'approvisionnement, gestion du traitement personnel, pharmacovigilance et gestion des risques, fiches de préparation de certains médicaments, fiches de bon usage des médicaments à risques, information du patient ... Une quarantaine de documents ont été actualisés en 2016.

Le règlement intérieur du "comité de retour d'expérience prise en charge médicamenteuse" vient d'être validé en mai 2017.

Des supports d'information à destination des patients sont en place: "les médicaments de mon enfant à l'hôpital", et "votre traitement personnel à l'hôpital" par exemple.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en oeuvre les procédures institutionnelles.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie du patient.

Les prescriptions sont assurées sur l'outil informatique dans les services équipés, et sur les supports papier institutionnels dans les autres secteurs.

L'analyse pharmaceutique du traitement est assurée par les pharmaciens référents des différents services cliniques. Elle porte sur les médicaments à dispensation nominative, et pour les autres molécules, elle est priorisée, notamment sur les prescriptions comportant des médicaments à risques. La délivrance est globale pour la majorité des molécules. Certains médicaments font l'objet d'une délivrance nominative reglobalisée.

Les règles de gestion, de transport et de stockage des médicaments sont respectées.

Les médicaments sont acheminés dans des armoires mobiles ou des conteneurs sécurisés selon les sites. La surveillance des températures est tracée pour les médicaments qui le nécessitent.

La vérification des armoires de rangement est assurée chaque trimestre en alternance par un préparateur et les IDE des services. La traçabilité est centralisée à la PUI.

La vérification mensuelles des médicaments des chariots d'urgence est tracée.

Les piluliers des chariots de distribution sont préparés par les IDE, et identifiés au nom du patient. L'administration du médicament est réalisée par l'IDE, et tracée en temps réel dans le DPI via les ordinateurs mobiles en place sur les chariots de distribution; ou sur le support papier de prescription/administration institutionnel selon les secteurs. Les évaluations récentes menées par l'établissement montrent une amélioration notable de la qualité des étapes de prescription/administration.

Cependant, les bonnes pratiques d'administration du médicament ne sont pas respectées dans tous les secteurs. Lors des vérifications de terrain, l'observation de dossiers et les échanges avec les équipes ont montré la persistance de retranscriptions des prescriptions dans de rares services. En traumatologie, il arrive que l'IDE reporte des prescriptions initiées aux urgences ou en réanimation, dans l'onglet "Notes" du dossier informatisé pour en tracer l'administration. La prescription est assurée par le médecin du service parfois plus de 24h après l'admission. En hémodialyse, la traçabilité de l'administration est notée par l'IDE de manière globale sur le support de prescription/administration papier. Les médicaments administrés sont également recopiés sur la fiche de séance de dialyse.

Ces pratiques exposent à des risques d'erreurs médicamenteuses. L'établissement a identifié ce risque dans son Compte qualité. Il prévoit de poursuivre la sensibilisation des professionnels au respect des bonnes pratiques, et de généraliser le déploiement de l'outil informatique.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est développée notamment dans le cadre d'actions d'éducation thérapeutique (en diabétologie par exemple). Elle est le plus souvent tracée dans le dossier.

L'unité de reconstitution des cytostatiques centralise la fabrication des chimiothérapies anticancéreuses. Les bonnes pratiques de préparation sont mises en œuvre par des pharmaciens et préparateurs formés et habilités: double contrôle par les préparateurs, libération des préparations par le pharmacien après contrôle visuel. Les contrôles d'environnement (air et surfaces) sont réalisés et suivis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la prise en charge médicamenteuse. Cette évaluation repose sur des tableaux de bord d'indicateurs: IPAQSS, ICATB2, indicateurs du CBUM, indicateurs HN, indicateurs internes (qualité des prescriptions, conformité de l'administration, traçabilité de l'information du patient...). Des EPP sont engagées sur la sécurité du circuit du médicament, et la pertinence des prescriptions.

D'autres éléments contribuent à l'évaluation du dispositif, comme les audits réguliers sur les différentes étapes du circuit, l'analyse du questionnaire de satisfaction des patients (item portant sur la qualité de l'information donnée sur les traitements), les bilans annuels du COMEDIMS et du groupe "Qualité de la prise en charge médicamenteuse", les audits patient traceur...

Cependant, le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont peu développés. Lors des vérifications de terrain, les professionnels rencontrés dans la plupart des secteurs ne se sont pas complètement appropriés la culture positive de l'erreur. Malgré une tendance à la hausse, le nombre de signalements d'erreurs médicamenteuses avérées ou latentes, et d'analyses approfondies des causes est encore limité: 28 signalements (dont 7 en EHPAD) et 2 retours d'expérience (dont 1 en EHPAD) réalisés en 2016.

L'établissement a identifié ce risque dans son Compte Qualité et prévoit de renforcer la formation des professionnels.

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre dans le cadre du suivi des résultats des évaluations et des indicateurs. Elles ont porté par exemple sur le déploiement de l'informatisation du circuit, l'actualisation des procédures, le développement de la démarche d'évaluation, la sensibilisation des équipes à la prévention des erreurs médicamenteuses...

La communication est assurée auprès des professionnels en CME, en réunions de cadres, via les journaux internes (CHAN Info, Lettre de la cellule qualité...).
Les usagers sont informés via la CDU.

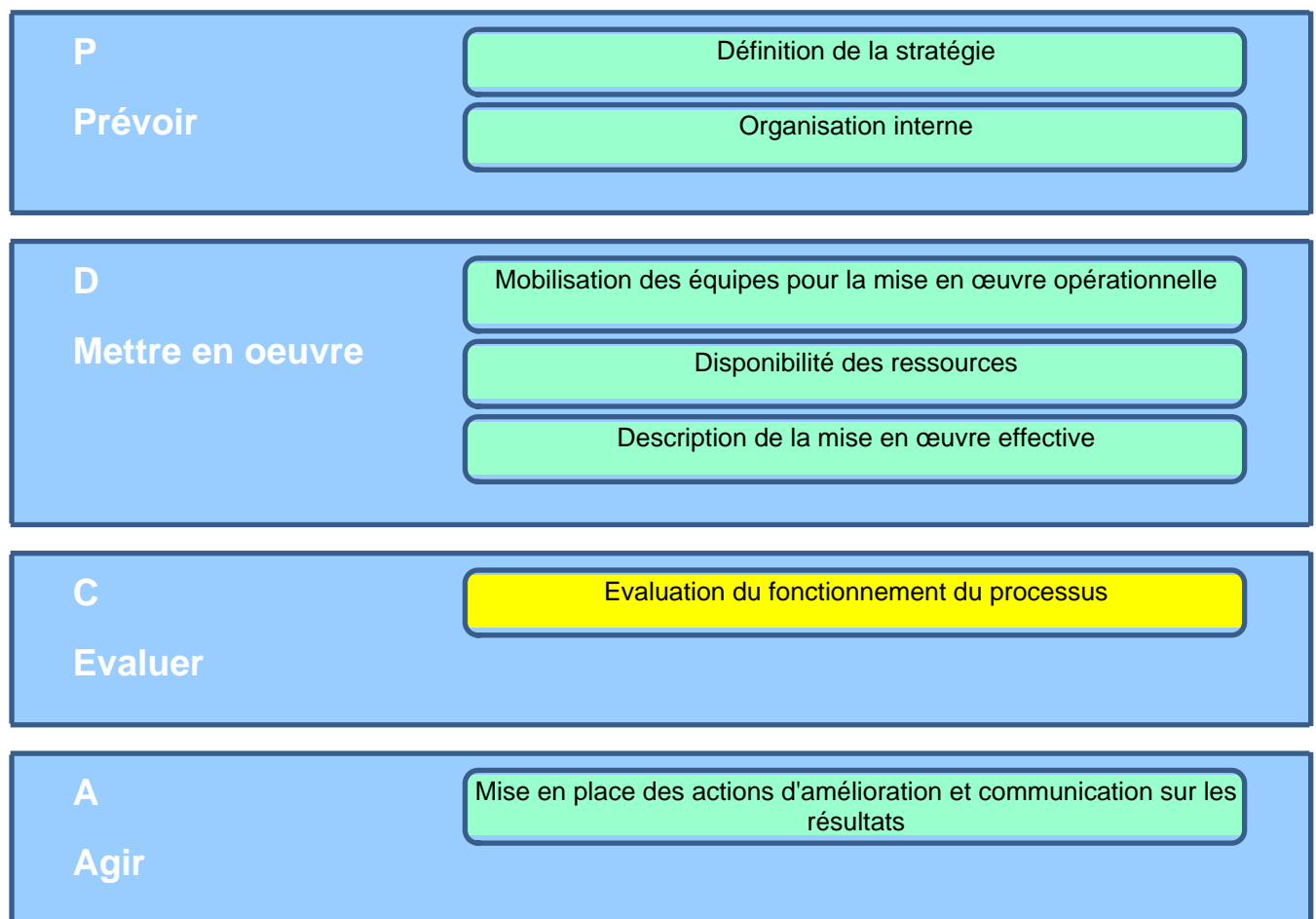
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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 CHAN dispose d'une Structure d'Urgence (SU), d'un Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), et d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

La stratégie de la prise en charge des urgences est définie et déclinée dans le projet d'établissement et le règlement intérieur du service des urgences. Elle prend en compte les politiques régionales menées par l'ARS. La future convention constitutive du GHT de la Nièvre réfléchit à la constitution d'un inter-pôle des urgences. Le service des urgences est membre du Réseau Régional Urgences Bourgogne et Franche-Comté et du Réseau Bourgogne AVC.

L'activité d'urgence est définie au sein du pôle Urgences-Réanimation avec différents secteurs de prise en charge identifiés: les urgences adultes et de traumatologie pédiatrique, les urgences pédiatriques depuis 2015, et les urgences gynéco-obstétricales.

Les urgences psychiatriques adultes sont prises en charge par le CHS Pierre LOO, et pour la pédopsychiatrie, une nouvelle convention est en cours avec la Clinique du Tremblay.

Les patients sont transportés, après une prise en charge initiale au CHAN, pour les urgences neurochirurgicales vers les CHU de Dijon et de Clermont-Ferrand; pour les urgences neuro-vasculaires la convention avec le CHU de Dijon permet une prise en charge par Télé-imagerie au sein des urgences du CHAN, et un transport vers le CHU si l'état le nécessite.

Les patients relevant de la médecine générale sont orientés vers la maison médicale aux heures de permanence de Soins, celle-ci étant accolée aux locaux des urgences.

L'activité du service des urgences représente 34500 passages aux urgences adultes et près de 10 000 passages aux urgences pédiatriques, en 2016.

L'analyse des pratiques, des circuits et des modes de prise en charge a permis de mettre en avant des risques qui ont été hiérarchisés et priorisés dans le Compte Qualité. Ils portent notamment sur la prise en charge en pédopsychiatrie, les délais d'attente, la gestion des lits d'aval, l'architecture des locaux... Des plans d'actions sont intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes institutionnels sont identifiés pour la thématique urgences et soins non programmés; il s'agit du médecin responsable du service des urgences et d'un cadre de santé.

La Commission des admissions non programmées est formalisée.

L'organisation interne du circuit de chaque secteur est définie dans le règlement intérieur du service des urgences. Ainsi, la différenciation des flux est en place selon les modalités propres aux filières pour les urgences adultes (couchés et ambulatoires), pédiatriques, gynécologiques, psychiatriques et pédopsychiatriques. La prise en charge est priorisée en fonction du degré d'urgence.

Un «Bed Manager» est prévu pour fluidifier le passage aux urgences.

L'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines. Les missions, rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les niveaux de compétences attendus en fonction du poste de travail sont précisés.

Un plan de formation est élaboré sur la base des attentes des professionnels et des priorités institutionnelles, priorités cohérentes avec les risques identifiés propres à un service d'urgences (accueil et orientation des patients...) et de l'actualité comme la formation « Damage control ». L'accueil des nouveaux professionnels est organisé.

Les ressources documentaires sont identifiées, formalisées et intégrées au dispositif de gestion documentaire et dans des classeurs en format papier.

La configuration des locaux prend en compte les différentes zones de soins. Les équipements et leur renouvellement sont prévus. Les maintenances préventives et curatives sont organisées. Un projet de restructuration architecturale de l'accueil des urgences est validé.

Une procédure permet l'adaptation progressive de l'établissement en situation de surcharge du service des urgences ou de saturation des lits d'hospitalisation.

La gestion des interfaces est assurée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activités. Les partenariats avec les différentes spécialités sont définis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management interne du service des urgences est mobilisé sur la mise en œuvre des priorités institutionnelles. En fonction des risques et des besoins identifiés, l'encadrement diffuse et accompagne les objectifs et les plans d'action définis.

Il évalue le suivi des actions et leurs résultats qu'il communique à l'équipe en s'assurant de la conformité des bonnes pratiques. Des réunions sont programmées avec les professionnels : réunions de service bimensuelles, réunion du collège médical, comité de pilotage du projet des nouvelles urgences...

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles participent au signalement des événements indésirables. Des RMM sont organisées avec les équipes et les professionnels concernés de l'établissement.

Les actions correctives sont identifiées et mise en œuvre au regard des résultats des évaluations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles en fonction des besoins, malgré des difficultés de recrutement médical et un fort taux d'interim. Les tableaux de présence sont diffusés.

Le plan de formation est mis en œuvre (infirmière d'accueil et d'orientation, bientraitance, traumatologie, prise en charge de la douleur, risque NRBC, «damage control », participation à congrès ...). Il existe un échange de connaissances avec la mise en place d'un tutorat entre les infirmières des urgences pédiatriques et celles des urgences adultes afin d'optimiser la prise en charge des enfants. L'accueil des nouveaux professionnels est réalisé par un doublement sur les postes, et la remise documentation (type livret d'accueil et livret de poche des procédures), charte... Un psychologue est présent sur des heures définies à la fois pour les familles mais aussi pour le personnel des urgences pour la supervision de cas difficiles.

Les locaux sont disponibles pour la prise en charge des différents flux: 1 salle d'attente adulte et 1 séparée pour la pédiatrie, 1 accueil administratif, une salle d'accueil pour les familles, une salle de tri et d'attente pour les patients couchés, 1 salle d'accueil IAO, 6 boxes pour les patients couchés, 1 salle d'examen circuit court, 1 box de traumatologie, 1 box de sutures, 3 salles d'accueil des urgences vitales, 10 boxes d'UHCD dont une chambre dédiées aux urgences psychiatriques.

A noter que le Hall d'accueil des véhicules sanitaires peut être organisé, au besoin, pour l'accueil d'un afflux massif type médecine de catastrophe.

La documentation nécessaire est disponible sur l'intranet, dans des classeurs dédiés et dans un livret de poche. Les professionnels savent accéder aux documents de référence.

Le service des urgences utilise un dossier patient mixte: papier et informatisé grâce à un logiciel métier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain ont montré que les professionnels des urgences mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Ils connaissent les protocoles et procédures, les circuits sont respectés.

La fonction d'accueil et d'orientation est organisée sur un flux de patients externes et un flux de patients couchés. L'IOA, présente de 10h à 22H, évalue l'état du patient, renseigne le dossier patient papier et consigne la priorisation de l'urgences sur la logiciel métier.

Les règles d'identitovigilance sont respectées (pose du bracelet d'identité).
L'évaluation de la douleur est assurée.

Le recours aux avis spécialisés, les transferts en interne ou vers d'autres établissements sont fonctionnels. Les circuits de radiologie ou de biologie sont opérationnels.

Un circuit spécifique est mis en place pour les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales.

Le «Bedmanager» évalue les places disponibles tout au long de la journée permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel.

L'offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins est effective, en pédiatrie ou en gériatrie par exemple.

La transmission des informations vers les services de soins est assurée via le dossier papier et informatique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service des urgences réalise le suivi des indicateurs quantitatifs (nombre de passages, d'interventions SMUR...) et qualitatifs propres à son activité.

Un dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est réalisé par le logiciel métier en temps réel.

La satisfaction des usagers est évaluée par un questionnaire de satisfaction spécifique.

Des audits patients traceur ont été menés.

Le recueil des événements indésirables est en place, un RETEX a été réalisé en 2017.

Cependant, l'analyse des indicateurs de suivi et des dysfonctionnements n'est pas complètement réalisée.

L'exploitation des éléments d'évaluation n'est pas menée de façon exhaustive et régulière avec une implication des professionnels permettant d'identifier des plans d'actions d'amélioration. Certains événements récurrents tels que les sorties à l'insu du service des urgences ne font pas l'objet d'analyse profonde des causes. Les résultats des mesures des délais d'attente (en augmentation de 2015 à 2016), et de l'enquête de satisfaction des patients (respect de la confidentialité) ne sont pas étudiés de manière périodique avec l'équipe.

L'établissement a identifié ce risque et prévoit de renforcer l'exploitation des données d'évaluation.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont conduites au regard des indicateurs. Elles sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

La structure d'urgence est engagée dans des actions d'amélioration suite, entre autre, aux recommandations ARS de 2014 comme la création d'un nouveau service des urgences, le recrutement du «bed manager», la mise en place du circuit court et la convention avec les pédopsychiatres de la clinique voisine...

La communication de l'avancée des actions est réalisée auprès des professionnels via les instances, les réunions de service, les journaux institutionnels. Les usagers sont informés dans le cadre de la CDU.

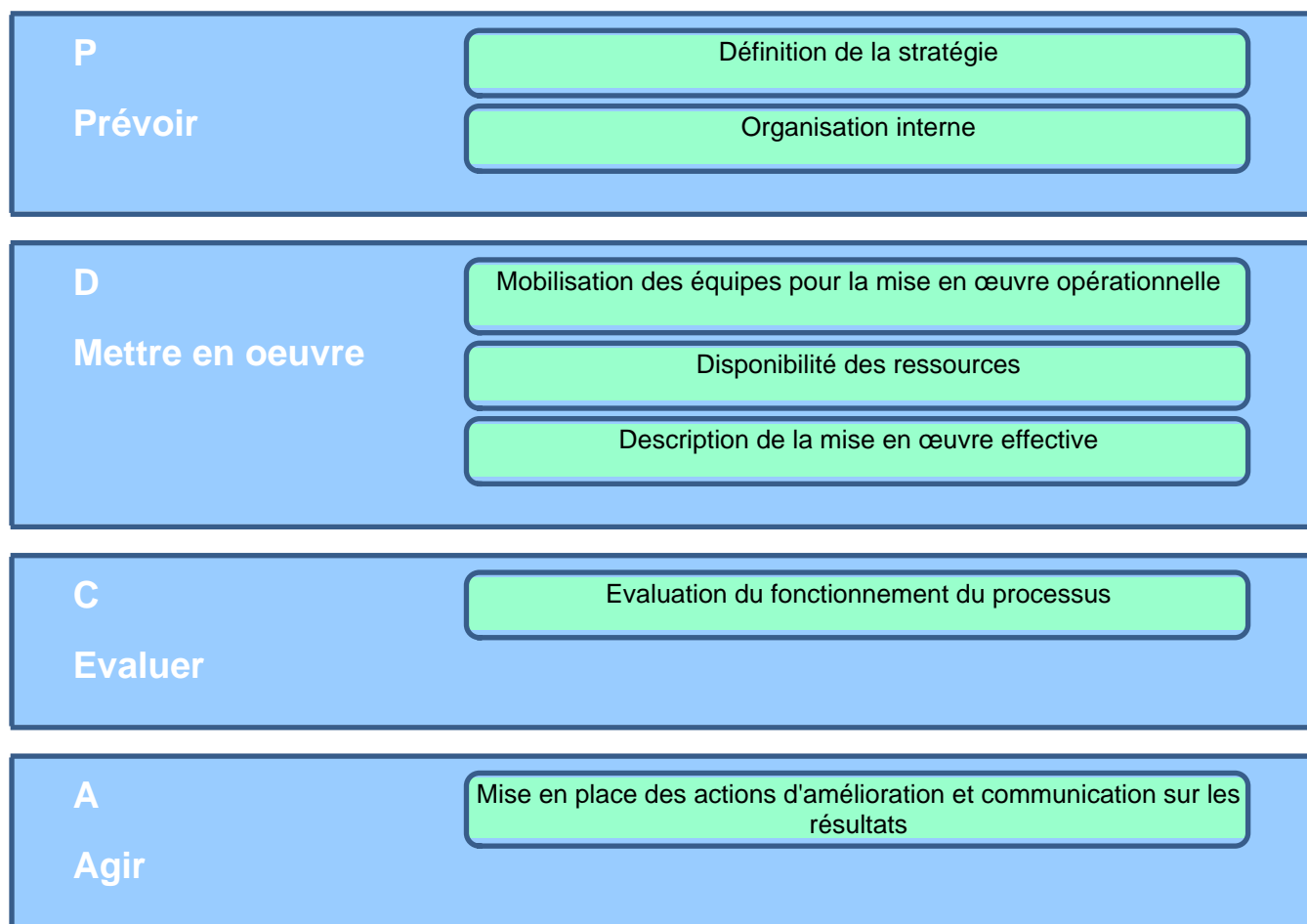
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

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

Les spécialités chirurgicales intervenant au bloc opératoire sont: la cardiologie, le digestif, l'ORL, l'orthopédie/traumatologie, l'urologie et le vasculaire-thoracique. Le bloc opératoire dispose de 8 salles interventionnelles dont une salle dédiée à la césarienne en urgence. La SSPI dispose de 16 postes équipés dont 12 en fonction et à proximité immédiate des salles d'intervention.

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge au bloc opératoire du CHAN est inscrite dans le projet médical et un avenant à cette politique a été validé par le conseil de surveillance en avril 2017. Cet avenant est décliné en axes stratégiques dont l'axe -13- qui concerne la poursuite d'une démarche structurée dans les secteurs à risque, décliné en 7 axes opérationnels: définir les risques prioritaires de la thématique; assurer la conformité du dossier d'anesthésie; développer le retour d'expérience; assurer la sécurité et la continuité des soins; assurer la surveillance environnementale; améliorer la programmation opératoire; évaluer la satisfaction des patients en ambulatoire.

L'établissement a élaboré de façon pluri-professionnelle la cartographie des risques du processus, ce qui lui a permis de hiérarchiser et de prioriser ses risques.

Pour ce faire, il s'est appuyé sur l'analyse des événements indésirables, l'analyse des plaintes et réclamations, les réunions avec les usagers du bloc opératoire, les résultats des indicateurs, l'analyse des situations de crise, l'analyse de la satisfaction des usagers du bloc opératoire et des patients en unité de chirurgie ambulatoire. Les risques prioritaires sont repris dans le Compte Qualité, et assortis de plans d'actions intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

La nomination des pilotes du processus (cadre du pôle et médecin anesthésiste responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a été actée par le directeur de l'établissement et le président de CME. Leurs missions sont définies.

Un organigramme est établi.

Une charte de fonctionnement est en place. Elle permet de définir les règles d'organisation du bloc opératoire et de rappeler les différents points à respecter, horaires, tenue, hygiène etc...

Une commission des usagers du bloc opératoire, un conseil de bloc, et une cellule de supervision sont installés.

Un manuel d'assurance qualité formalise les différentes interfaces, avec les secteurs cliniques, logistiques et administratifs.

La planification du programme opératoire y compris les malades en chirurgie ambulatoire est sous la responsabilité du cadre de bloc et du coordonnateur médical. Une validation est réalisée le vendredi pour la semaine suivante et prend en compte les vacances offertes et le programme sur le logiciel de programmation. Une dernière validation est réalisée la veille et permet d'intégrer les urgences, dans la mesure du possible.

L'organisation de l'UCA prévoit notamment les dispositions nécessaires à la planification (critères d'éligibilité, pré-admission, consultation d'anesthésie, appel de la veille, heures de convocations...), à la préparation, au transfert en bloc opératoire et au retour à domicile (calcul du score d'aptitude à la rue, prescriptions de sortie, consignes de sécurité, appel du lendemain).

L'identification des besoins et ressources nécessaires à la mise en place de la démarche d'amélioration de la sécurité des soins est réalisée.

Les responsabilités des professionnels sont définies et formalisées. Le plan de formation est en place, il est structuré. L'accueil des nouveaux professionnels est défini.

Il existe une gestion documentaire informatisée et en format papier au sein du bloc opératoire.

La matériovigilance est organisée ainsi que les maintenances préventives et curatives. Des solutions dégradées en cas de panne peuvent être mises en œuvre en cas de besoin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour la mise en œuvre des actions d'amélioration avec des pilotes identifiés, des échéanciers et fiches actions.

Les cartographies à priori sont révisées tous les deux ans avec les professionnels.

Les différentes commissions permettent de rappeler les axes d'amélioration en place et de mobiliser les professionnels, d'assurer le suivi des résultats des évaluations, et leur communication. La communication des résultats et le suivi des indicateurs sont diffusés également par mail, par affichage et par la lettre de la qualité.

Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels suite à l'analyse des événements indésirables ou la survenue de situation de crise. La pratique de RMM et l'analyse des causes profondes sont développées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les besoins. L'appel à l'intérim médical est en permanence nécessaire en anesthésie. Les lignes de garde et d'astreinte sont diffusées. Une deuxième ligne d'astreinte est en place au bloc opératoire pour l'infirmière de bloc opératoire et l'infirmière anesthésiste; et la garde sur place d'une infirmière de bloc opératoire est programmée à partir de juin 2017. Un plan de formation est en place avec en particulier la formation à la spécialisation d'infirmière en bloc opératoire. Des formations sont organisées au sein même du bloc opératoire: un après-midi par mois est consacré à des formations sur des nouveaux matériels ou des attendus.

L'accueil des nouveaux arrivants est assuré. Les formations à la radioprotection ont été menées: prévention au risque d'exposition aux rayonnements ionisants des agents et des patients.

Les ressources en matériel sont disponibles: matériel de soins, équipements des salles d'intervention, équipement informatique, logiciels...

Les protocoles et procédures sont mis à la disposition des professionnels. Ils portent sur tous les aspects de la prise en charge: soins, antibioprofylaxie, hygiène, bionettoyage, circuits logistiques, radioprotection, vérifications du matériel...

Un travail de fiches par intervention permet d'anticiper la préparation des salles pour la chirurgie et l'anesthésie.

Le dossier d'anesthésie est sous format papier et intègre le dossier institutionnel du patient.

Les locaux sont adaptés aux besoins. Un sas de transfert ou "Douane" permet l'accueil des patients et les contrôles avant l'admission en salle. Des locaux de pré-désinfection permettent les premières étapes de traitement des dispositifs, avec une marche en avant organisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs, tant le bloc opératoire que l'unité de chirurgie ambulatoire, connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les vérifications de terrain et les audits patients traceur confirment que les circuits sont respectés.

Les règles de programmation sont connues et appliquées comme le passage en priorité des patients prévus en ambulatoire, la prise en charge des enfants.

Les consentements éclairés sont recherchés, ainsi que le risque de transmission des ATNC.

Une infirmière de douane reçoit les patients dans une salle dédiée visant à préserver le confort et l'intimité. Les règles d'identité-vigilance sont connues des professionnels.

La prise en charge du patient tout au long de son parcours est validé à chaque étape. La traçabilité des contrôles est effective.

Le logiciel dédié permet l'enregistrement informatique de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, de la feuille d'écologie avec la traçabilité des DMI, ainsi que d'un rapport des événements peropératoires.

Cependant, la traçabilité des actes et des vérifications effectuées n'est pas complète. La traçabilité de la visite pré anesthésique n'est pas systématique. Cela est confirmé par les résultats de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier d'anesthésie" et les vérifications de terrain. Les pilotes du processus estiment que ce dysfonctionnement est lié au fort recours à l'intérim, responsable d'une hétérogénéité des pratiques. L'établissement a identifié ce risque qui est retrouvé en priorité dans son Compte Qualité. Le projet de résolution repose sur le renforcement de l'équipe de médecins-anesthésistes permanents.

Les sorties de SSPI sont validées après réalisation d'un score d'évaluation de l'état clinique du patient. Les transmissions des infirmières de SSPI à destination des services de soins sont retrouvées sur le dossier d'anesthésie.

Les dosimètres sont en place et les doses délivrées aux patients tracées.

La surveillance environnementale est tracée et communiquée aux équipes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés.

Il s'agit des indicateurs nationaux (IQSS, indicateurs HN, TBIN), et locaux (nombre d'actes, taux d'occupation des salles...)

Un audit externe est en cours pour améliorer l'efficacité du bloc opératoire.

D'autres éléments contribuent à l'évaluation du dispositif: audit de réalisation de la checklist, audits hygiène, suivi de la consommation de SHA...

La satisfaction des patients en ambulatoire est évaluée.

Le taux d'EI est connu et l'analyse des fiches d'événements indésirables est systématiquement réalisée par le cadre du secteur. Des retours d'expérience sont organisés ainsi que des RMM. Une cellule de crise a pu être déclenchée.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place après analyse des données d'évaluation. Un effort particulier a porté sur la traçabilité à toutes les étapes de prise en charge du patient avec le déploiement de nouveaux outils. Des pistes d'amélioration sont en cours de réflexion pour rendre systématique la visite de pré anesthésie et la tracer. La culture sécurité avec le développement des retours d'expérience et la pratique de RMM a été renforcée.

Les axes de recherche pour l'amélioration de l'efficacité du bloc opératoire s'appuieront sur les résultats de l'audit externe.

Les résultats sont communiqués aux instances, en CDU, repris dans le programme qualité et de nouveaux axes d'amélioration sont définis en lien avec la CME.

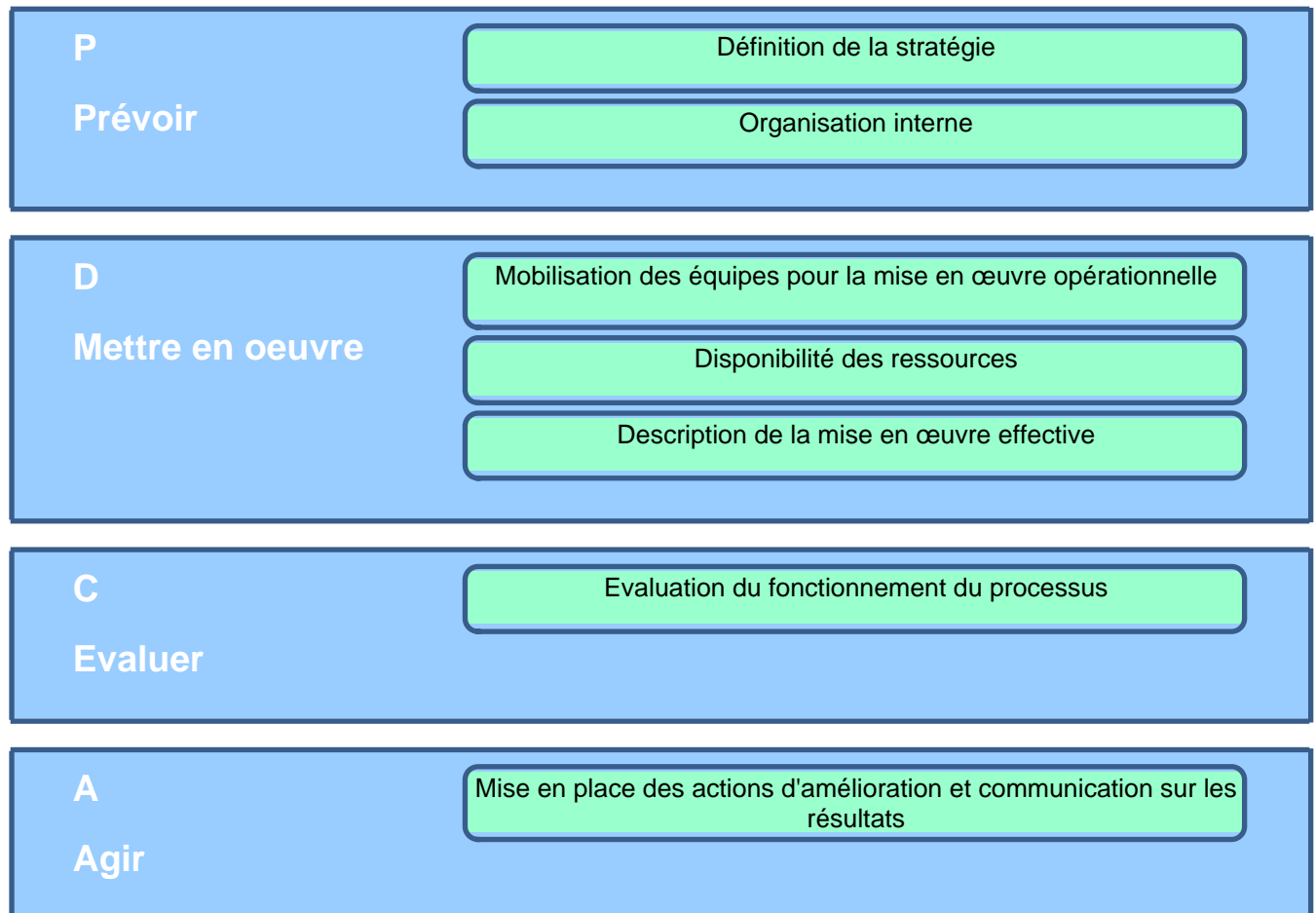
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

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 service de médecine nucléaire du CHAN a défini et formalisé sa stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le projet d'établissement et le projet de service de médecine nucléaire 2017-2022.

Un partenariat avec d'autres structures est instauré dans le cadre de différents réseaux : avec le Centre de Radiothérapie de Nevers pour le suivi des patients, avec l'Université Blaise Pascal de Clermont Ferrand pour la formation. Le service est par ailleurs membre du GIE «Pharm'Image» (suivre les effets des traitements ionisants en imagerie médicale, évaluation des nouvelles molécules...).

L'identification des risques a été menée dans le cadre d'une autoévaluation des pratiques des professionnels de médecine nucléaire et de radiopharmacie. Cette cartographie a priori réalisée en regard des référentiels ASN et HAS a été complétée à partir de l'analyse des événements indésirables. Les risques sont priorisés selon une méthodologie définie intégrant les mesures d'atténuations et des actions d'améliorations.

Le Compte Qualité est alimenté sur la base des risques principaux identifiés portant, par exemple, sur l'évaluation et la formation des professionnels à la radioprotection, les circuits logistiques du rejet des effluents, et les préparations injectables des Médicaments Radio Pharmaceutiques (MRP). L'établissement prend en compte les constats de l'inspection de l'Autorité de Sureté Nucléaire (ASN) en termes d'actions d'amélioration et les attendus réglementaires en termes de radioprotection des personnels et patients.

Les plans d'actions d'amélioration sont intégrés au PAQSS institutionnel.

Le service de médecine nucléaire regroupe, les activités de scintigraphie et de TEP-SCAN. Les vérifications de terrain ont porté sur l'ensemble du secteur.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du pilotage du service de médecine nucléaire est assurée par le médecin chef de service et la radiopharmacienne. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste.

La démarche qualité est documentée et régulièrement actualisée, garantissant la sécurité de la prise en charge du patient notamment en termes d'identitovigilance et en déployant la culture sécurité des soins.

Un manuel du management qualité de la prise en charge du patient en médecine nucléaire, est écrit et en cours de validation.

La radiopharmacie fait partie intégrante du service de médecine nucléaire, tout en restant rattachée à la PUI. Une procédure générale définissant l'organisation de la radiopharmacie qui intègre les exigences réglementaires en lien avec la radioprotection et la pharmacie est en cours d'écriture et de validation institutionnelle.

Le chef de service, associé au cadre du service et à la radio-pharmacienne organisent les activités du service.

La régulation des activités est établie sur la base d'une planification des examens permettant de répondre aux besoins du secteur hospitalier et extra hospitalier.

Au regard de ses risques et de ses besoins, le service organise le déploiement en temps utile des ressources humaines, matérielles, documentaires et organisationnelles.

Les rôles et fonctions des professionnels impliqués sont définis et formalisés tout comme les formations obligatoires réglementaires et institutionnelles. Un plan de formation est défini institutionnellement sur la base des besoins et des entretiens annuels des professionnels. Le suivi médical du personnel est organisé.

La gestion du matériel est organisée incluant les réponses en matière de contrôle qualité externe et interne conformément au plan d'organisation de la physique médicale. Un dispositif de gestion en cas de panne ou de dysfonctionnement est établi.

Une gestion documentaire spécifique au service regroupant les processus, protocoles, modes opératoires est définie.

Le recueil des événements indésirables est organisé.

La gestion des interfaces et des circuits est prévue pour faciliter la concertation au sein de l'équipe, et avec les services prescripteurs. La communication concernant l'organisation est réalisée auprès des

acteurs du territoire de santé par des réunions médicales ou des conférences ouvertes aux professionnels et/ou au public ("Cancer de la prostate : du diagnostic au traitement", « Médecine Nucléaire : nouveaux traceurs »...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle tant du projet de soins que du projet qualité et gestion des risques en objectifs et plan d'action opérationnels. La radiopharmacienne, après analyse des risques, a réalisé un plan d'actions correctives en cours de mise en œuvre pour les activités en radiopharmacie.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

L'implication des équipes est recherchée avec des actions de sensibilisation et d'informations régulières. Le service propose 6 réunions de service par an avec compte rendu écrit. La participation aux réunions institutionnelles est effective (CME, groupe de travail FMC, commission de radioprotection). Des réunions médicales et des staffs sont organisées pour l'échange entre professionnels médicaux. Des RCP hebdomadaires regroupent les professionnels internes et/ou externes à l'établissement pour les prises en charges complexes de patients.

Des actions correctives sont mises en place si nécessaire suite à des dysfonctionnements. Elles sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels, les résultats sont communiqués aux équipes. La rédaction de fiches d'événements indésirables est connue et appropriée, leur analyse est effectuée avec les acteurs de terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service dispose d'un secrétariat médical, de personnels médicaux et de personnels non médicaux (cadres de santé, manipulateurs en électroradiologie, IDE...). Malgré des ressources médicales rares sur la région de la Nièvre, les effectifs nécessaires à l'activité du service sont maintenus. Une radio-pharmacienne est présente aux heures d'activité de médecine nucléaire.

Un référent PCR du service de médecine nucléaire est identifiée en lien avec les PCR du Service de Radioprotection. Les formations en radioprotection des professionnels et des patients sont dispensées conformément à la réglementation.

La gestion documentaire fait l'objet d'une formalisation actualisée et descriptive de toutes les étapes de la prise en charge des patients et des activités de préparation des préparations injectables. Des procédures en cas de contamination des professionnels sont formalisées et disponibles.

Les ressources matérielles sont disponibles incluant les équipements de protection individuelle contre les rayonnements ionisants.

Un zonage des différents secteurs est en place: zone d'imagerie (3 salles), zone d'accueil patient, zone de radiopharmacie, zone d'attente post examen. Les locaux sont sécurisés, et pour les zones chaudes, protégés.

L'informatisation de la gestion des médicaments radio pharmaceutiques (MRP) est opérationnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité de médecine nucléaire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

La planification des examens est assurée. La prise en charge des patients est sécurisée. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

La préparation des radionucléides intègre les mesures de sécurité nécessaires en cours d'actualisation suite à l'évaluation de la radio-pharmacienne: réception et entreposage des produits, préparation sous isolateur, contrôles qualité dont la vérification orale de l'identité du patient et délivrance en seringue nominative prête à l'emploi en présence de la radio-pharmacienne.

Les étapes d'administration, de surveillance patient et d'acquisition des images de scintigraphie sont mises en œuvre par les professionnels habilités.

Les images électroniques (scintigraphie, TEP-TDM) sont accessibles après réalisation de l'examen.

Les comptes rendus d'actes sont accessibles depuis les secteurs de soins et médico-techniques concernés et sont intégrés au dossier patient avec le report des doses de MRP administrées conformément à la réglementation.

Cependant, la traçabilité des actes et des vérifications n'est pas complètement assurée. Les vérifications de terrain et les échanges avec l'équipe ont montré que la traçabilité des informations n'est pas exhaustive. Lors de la préparation du médicament radiopharmaceutique dans l'isolateur, l'étiquetage du produit est incomplet, il ne précise pas sa nature précise, mais simplement le type d'examen pour lequel il va être utilisé ("os", "poumon"...). La traçabilité de l'administration du médicament ne précise pas la date et l'heure de l'injection, ni le nom du soignant réalisant l'acte, alors que le logiciel métier le permet. Ces pratiques sont à risque de iatrogénie médicamenteuse. L'établissement a intégré ce risque dans son Compte Qualité. La première action a porté sur une évaluation de toutes les étapes du circuit du radiopharmaceutique, qui a été menée par la radiopharmacienne, et a permis d'identifier des objectifs d'amélioration en cours de mise en œuvre. Les professionnels ont été réactifs aux remarques formulées, et ont corrigé les points relevés durant la visite.

La délimitation des zones contrôlées est identifiée conformément à la réglementation. Les locaux font l'objet de contrôles d'environnement tracés.

Les professionnels mettent en œuvre les dispositions de protection individuelle conventionnelles. La surveillance des travailleurs exposés est effective (dosimétrie, surveillance médicale).

La sécurité des installations et matériels (maintenance, suivi et contrôle de qualité externe et interne) en relation avec le service de radioprotection de l'établissement est tracée.

L'élimination des déchets, effluents et excréta est sécurisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de médecine nucléaire dispose de tableaux de bord avec des indicateurs de suivi de l'activité, des inspections, des contrôles de radioprotection, de maintenance de matériels et d'équipements.

Le recueil périodique et l'analyse des événements indésirables avec l'implication des professionnels est confirmé par le terrain mettant en évidence une organisation du retour d'expérience avec deux RETEX par an tracés.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont engagées suite à l'analyse des risques dont celle réalisée en radiopharmacie, au suivi des événements indésirables, et dans le cadre des réponses au rapport de l'ASN. Elles sont intégrées au PAQSS.

Le suivi de l'état d'avancement est assuré par le management du service.

Les résultats sont communiqués aux professionnels en réunion de service, et aux usagers dans le cadre de la CDU.

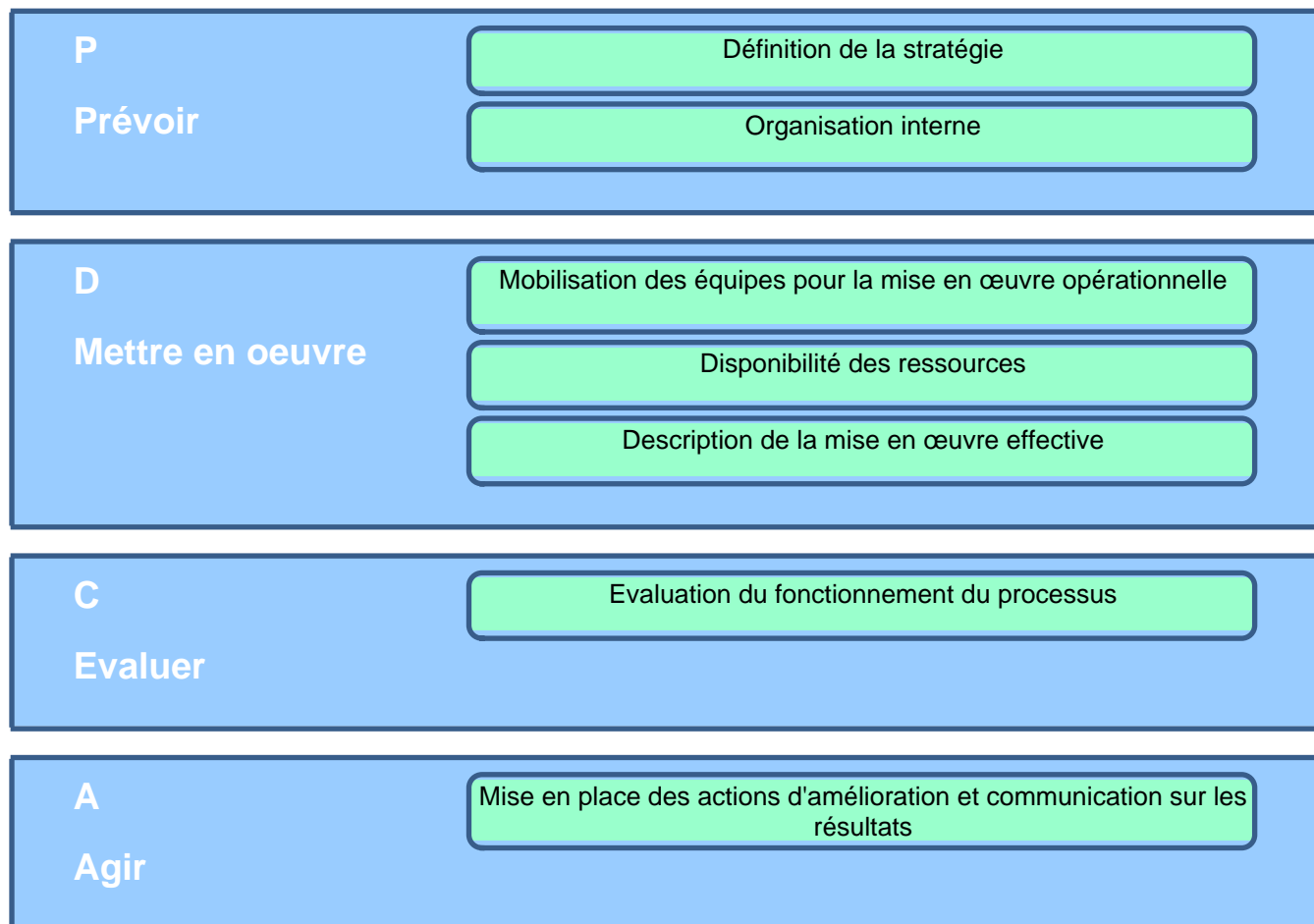
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHAN a l'autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire pour les soins de chirurgie ambulatoire et en cardiologie interventionnelle (1600 actes dont 1000 coronarographies-angioplasties/an, 160 pace-maker/an).

Le service de cardiologie interventionnelle est agréé comme centre formateur à l'angioplastie par la Société Française de Cardiologie. Pour la prise en charge de la chirurgie cardiaque, l'établissement a passé convention avec le CHU de Dijon et le Centre Médico-Chirurgical Ambroise Paré.

L'analyse des risques de la radiologie interventionnelle en lien avec les personnes compétentes en radioprotection (PCR) et le service qualité a conduit à identifier des risques prioritaires inscrits au Compte Qualité. Ils portent notamment sur la radioprotection des travailleurs et des patients, et l'utilisation de la check-list de sécurité, et sont assortis de plans d'actions intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la démarche qualité en imagerie interventionnelle est assuré par le médecin chef de service de cardiologie et angioplasticien et par la cadre du service de cardiologie.

Le risque radiologique est pris en compte au sein de Service Compétent en Radioprotection (SCR) où ont été nommés un coordonnateur PCR, un assistant PCR et un référent PCR par service concerné.

Un comité de pilotage en radioprotection est mis en place en 2017 où siègent, entre autres, les pilotes de processus, le directeur qualité-gestion des risques, les médecins en imagerie interventionnelle, les cadres, l'ingénieur biomédical, le SCR et la cellule qualité.

Les fiches de postes formalisent les rôles et responsabilités de chacun. Les PCR organisent les formations aux équipes.

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité, est établie.

Une charte qualité du management de la prise en charge du patient en salle de coronarographie/angioplastie est en cours de validation.

Au vue de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en moyens humains, matériels et documentaires.

Les formations à la radioprotection sont programmées comme d'autres formations institutionnelles (hygiène, gestes d'urgences...). Les nouveaux arrivants sont tutorés avec remise prévue d'un document d'évaluation et d'accueil.

Un plan d'action de suivi médical par le médecin du travail est défini pour les professionnels.

Les ressources documentaires sont formalisées, validées, et consultables sur l'intranet de l'établissement et dans les locaux d'imagerie interventionnelle cardiologique. Une procédure pour les intervenants extérieurs susceptibles d'être exposés aux rayonnements a été formalisée.

Les locaux, matériels et équipements sont prévus.

Les plans d'entretien et de maintenance des locaux et équipements sont programmés: les contrôles qualité interne et les contrôles d'étalonnage programmés annuellement par la société prestataire externe et les PCR.

Les matériels d'équipements de protection patient et professionnels sont prévus.

Les interfaces répondent à celles d'un bloc opératoire en salle de coronarographie/angioplastie. Elle repose sur les réunions de service et les outils informatiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes en lien avec le SRP se sont saisis des enjeux liés à la qualité et la sécurité des soins en imagerie interventionnelle.

Les objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis afin de décliner la démarche institutionnelle au sein du service.

Les responsables participent aux réunions institutionnelles et sensibilisent l'ensemble des professionnels

sur les risques identifiés et sur le processus, au travers des réunions et des staffs (cardiologie : 4 réunions de pôle/an et 4 conseils de pôles/an, création récente de la « cellule de communication » organisée par les cadres du service). Cette démarche intègre l'évaluation des risques à priori.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec retour d'expérience sont effectives. La déclaration des événements significatifs en radioprotection est faite auprès des PCR et des autorités compétentes. Les PCR s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et aux recommandations de l'ASN. Au besoin, les actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur d'imagerie interventionnelle dispose des ressources en compétences nécessaires. Suite au dernier rapport de l'ASN, les actions de formation ont été menées par les PCR. Ainsi, la majorité des IDE sont formées ainsi que la majorité des praticiens.

Les pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont disponibles en interne et sur l'intranet. Les procédures décrivant les conditions de réalisation des activités et des actes interventionnels réalisés avec utilisation des rayonnements ionisants prennent en compte les modalités spécifiques (préconisation sur la radioprotection des femmes enceintes, gestion des intervenants extérieurs-stagiaires- travailleurs temporaires).

Les ressources matérielles sont conformes, adaptées, fonctionnelles et entretenues. Les équipements disposent de programmes de réduction de dose et d'arrêt sécurisé. Les utilisateurs ont été formés à leur utilisation. Les modalités de vérification et de maintenance des équipements sont élaborées en concertation avec le service biomédical et les fournisseurs de matériel.

Les équipements individuels de protection disponibles sont adaptés à l'activité (tabliers, cache-thyroïde, lunettes de protection, bagues). La dosimétrie d'ambiance est opérationnelle. Les zonages et les signalétiques sont en place ainsi que les moyens de mesures de suivi dosimétrique actif et passif.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les délimitations des zones réglementées sont en place. L'affichage obligatoire est situé en entrée de zone. Les règles d'accès aux secteurs protégés sont respectées.

La régulation des activités tient compte de l'activité programmée.
La fiabilisation du contrôle de l'identité est assurée à chaque étape de la prise en charge.

Les professionnels bénéficient de la dosimétrie réglementaire, et les équipements de protection collectifs et individuels sont utilisés et sont conformes aux exigences de la réglementation. Les PCR aidés d'un organisme externe agréé effectuent les mesures dans les zones contrôlées, réalisent les audits et les contrôles internes en lien avec les pilotes. Les fiches individuelles d'exposition sont validées et transmises au médecin du travail.

Les procédures de prévention de l'hygiène et de respect des règles d'asepsie sont connues et appliquées.

La traçabilité des actions et activités est réalisée. La check-list sécurité du patient en imagerie interventionnelle est utilisée pour chaque intervention. Les comptes rendus des investigations et actes sont intégrés au dossier du patient et comportent le report des doses délivrées en cardiologie interventionnelle. Les dispositifs médicaux implantables sont délivrés par la PUI et leur traçabilité est assurée. Il en est de même des médicaments spécifiques à cette activité.

La maintenance préventive et curative est tracée, incluant les contrôles qualités internes et externes conformément à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'indicateurs d'activité. Le secteur engage les évaluations relatives au risque ionisant conformément à la réglementation (zonage, étude de poste), il participe à des contrôles qualité interne et externe.

L'analyse des évènements indésirables complète le dispositif d'évaluation.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration issues des résultats des évaluations, de l'analyse des évènements indésirables et du suivi des indicateurs sont mises en œuvre, et articulées avec le PAQSS institutionnel. Elles ont porté par exemple sur le déploiement de la check-list sécurité, et la structuration de la radioprotection.

Les résultats sont communiqués aux professionnels en réunion de service, en instances, par les journaux internes; et aux usagers via la CDU.

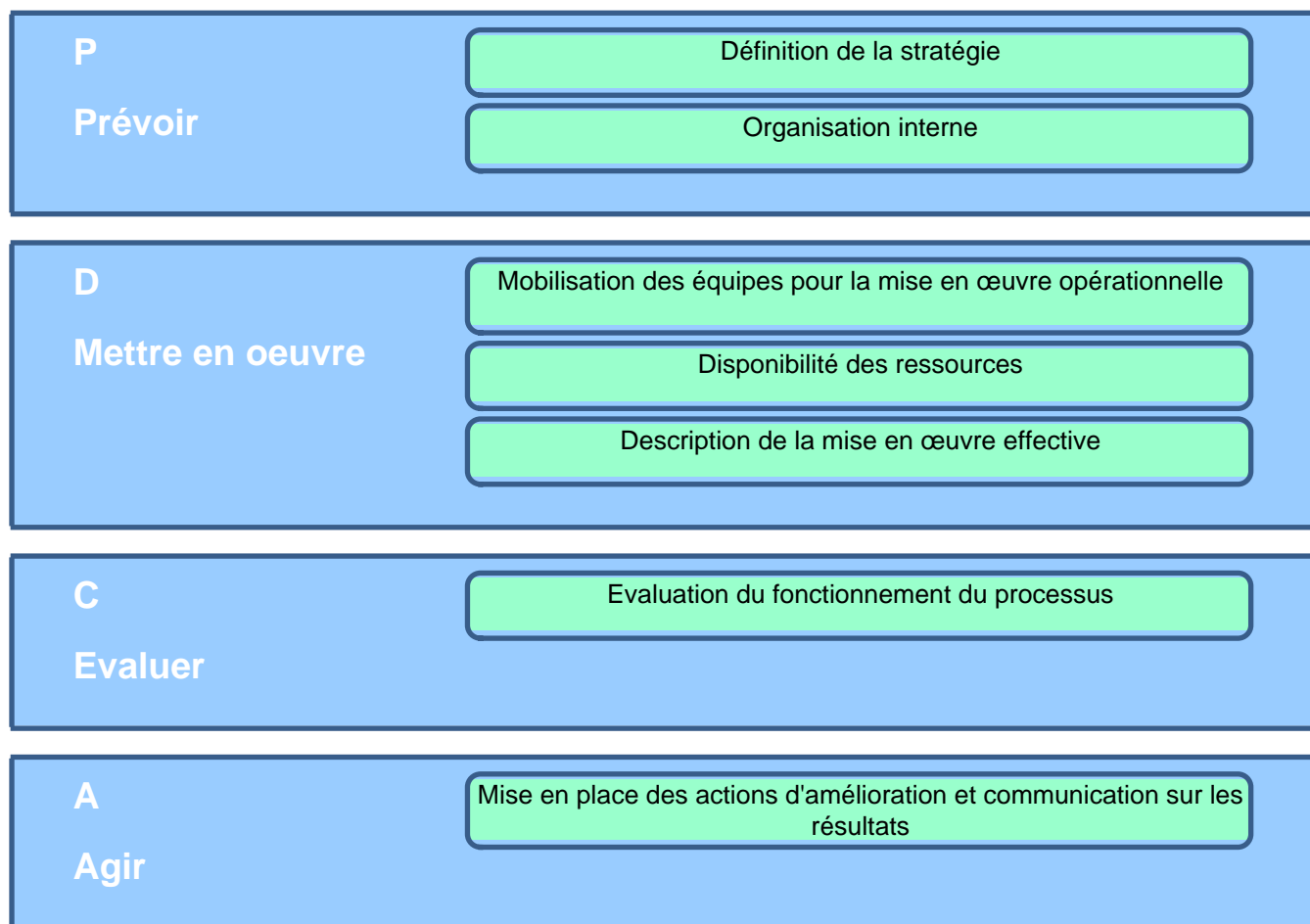
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

L'établissement a identifié les différents secteurs réalisant des endoscopies. Les endoscopies digestives, bronchiques et urologiques sont assurées au sein du Centre d'endoscopie, et au bloc opératoire; les actes gynécologiques et ORL sont assurés en consultations. Certains actes urgents sont également effectués dans les services de soins (urgences, réanimation...).

La désinfection de tous les endoscopes digestifs, bronchiques et urologiques est réalisée au Centre d'endoscopie. Les endoscopes ORL et les hystérosopes sont traités dans des salles dédiées du secteur des consultations.

Le CHAN a formalisé sa stratégie de sécurisation de la prise en charge du patient en endoscopie sur la base des besoins et des risques identifiés.

L'analyse des risques a été menée avec les professionnels, à partir d'une cartographie a priori, de l'analyse des indicateurs, des résultats d'audits, et des déclarations d'évènements indésirables.

Les priorités sont définies dans le Compte Qualité, elles portent notamment sur la coordination et le pilotage des activités, la qualité de la désinfection, le repérage du risque ATNC, la formalisation des indicateurs de suivi...

Des plans d'actions sont établis, et intégrés au PAQSS.

Les vérifications de terrain ont été menées sur tous les sites de réalisation des examens, et de traitement du matériel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge du patient en endoscopie est institutionnel, et commun à l'ensemble des activités. Il est géré par le médecin hépato-gastro-entérologie chef de service du Centre d'endoscopie et chef de pôle, et par un cadre supérieur de santé assistant de pôle. Le cadre de santé du Centre d'endoscopie est désigné comme correspondant qualité/gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont formalisés.

Un comité de pilotage de la qualité de la prise en charge du patient en endoscopie a été constitué début 2017, son règlement intérieur est établi.

Une charte de fonctionnement vient d'être validée en mai 2017.

La régulation des activités est organisée pour chaque secteur d'endoscopie afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. Les modalités de planification des actes sont détaillées dans la charte.

Une démarche qualité documentée et actualisée est prévue pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient, et organiser la diffusion de la culture qualité/sécurité. Un Manuel qualité vient d'être validé en mai 2017. Un dispositif structuré de gestion documentaire est organisé.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, tant en effectifs qu'en compétences. Le plan de formation institutionnel intègre des formations liées aux actes interventionnels, au traitement des endoscopes, et la participation à des congrès. Un livret de formation en endoscopie créé en 2015 est en phase de test.

Cependant, la démarche qualité en endoscopie n'est pas complètement organisée. L'intégration des nouveaux professionnels et l'actualisation des compétences ne sont pas formalisés. Les agents chargés de la désinfection du matériel sont souvent formés par compagnonnage au moment de leur prise de fonction, ce qui expose à un risque de dérives des pratiques. Le CHAN n'a pas validé un véritable parcours d'intégration associant une formation pratique et théorique, à une évaluation régulière des compétences. L'établissement a identifié ce risque dans son Compte Qualité, et prévoit de systématiser la formation externe des agents et l'évaluation des pratiques.

Les ressources en matériel sont prévues avec un programme de suivi et d'investissement adapté à l'utilisation du parc et son usure. Un dispositif de maintenance des endoscopes est prévu.

La gestion des interfaces et des circuits du patient est définie pour faciliter la concertation entre professionnels en amont et en aval du service d'endoscopie, notamment médecins opérateurs, anesthésistes réanimateurs, cadres, IDE, AS, secrétaires, laboratoire d'anatomocyto-pathologie, service biomédical, service de transport interne et externe, service d'hygiène.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans les secteurs d'endoscopie, le management décline les objectifs et les plans d'action en lien avec la démarche institutionnelle. Les cadres, le correspondant qualité et l'EOH sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés en endoscopie et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ils informent les professionnels de leurs résultats.

Des audits sont réalisés, par exemple sur la désinfection des endoscopes.

Plusieurs EPP sont menées avec les équipes: identification des risques a priori lors de la prise en charge en endoscopie, repérage du risque ATNC, utilisation de la check-list.

Les signalements d'évènements indésirables sont analysés avec les professionnels, et font l'objet d'actions correctives. Une RMM a été menée en 2015 à la suite d'un évènement intervenant en endoscopie digestive.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au niveau des différents secteurs les effectifs sont adaptés à l'activité. Les professionnels sont formés notamment au nettoyage et à la désinfection des endoscopes souvent par compagnonnage. En 2017 la formation externe de 8 agents est inscrite au plan annuel. Les nouveaux arrivants sont formés dans le cadre d'un tutorat.

Les ressources documentaires sont disponibles; la documentation est connue et accessible sur l'intranet. Des mises à jour sur l'application des nouvelles recommandations ont été réalisées en 2016. Les procédures intègrent les recommandations nécessaires à la prise en charge: différentes étapes d'une procédure de désinfection, désinfection automatique et manuelle des endoscopes, entretien et décontamination des locaux, traçabilité du traitement d'un endoscope, information transmises au patient pour un examen endoscopique, contrôles microbiologiques des endoscopes et de l'environnement, check-list sécurité du patient, conduite à tenir en cas de panne d'un équipement...

Les ressources en matériel, locaux et équipements sont disponibles et adaptées. Le Centre d'endoscopie digestive est composé de zones d'accueil et d'attente des patients externes et des patients hospitalisés, de bureaux, de trois salles d'examen (digestif/bronchique/urologique), et de trois salles de désinfection attenantes (digestif/bronchique/urologique). Une salle est disponible au bloc opératoire pour les actes sous anesthésie générale. Une salle d'examen est identifiée en consultation de gynécologie, et en consultations d'ORL.

Les équipements nécessaires à la désinfection des endoscopes sont en place: 1 paillasse, 2 laveurs d'endoscope, et 2 enceintes de stockage dans la salle de désinfection des endoscopes digestifs, 1 paillasse, 1 laveur d'endoscope et une enceinte de stockage dans la salle de désinfection des endoscopes bronchiques, 1 paillasse dans chacune des salles de désinfection des endoscopes urologiques, gynécologiques et ORL.

Les endoscopes rigides sont pris en charge par la stérilisation centrale.

Des fibroscopes bronchiques à usage unique sont disponibles en réanimation pour les actes réalisés en dehors des heures d'ouverture du Centre d'endoscopie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient à chaque étape (planification de l'examen, consultation, admission en hospitalisation ambulatoire ou complète...).

Les vérifications de terrain ont montré que les circuits sont respectés.

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge (notamment par la remise de document d'information spécifique à l'endoscopie) et après l'examen par le médecin; son identité est vérifiée à chaque étape (notamment au moment de la check-list); son intimité et sa dignité sont respectées; la confidentialité des données le concernant est assurée.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée sur le logiciel de soins.

La traçabilité du processus de désinfection des endoscopes souples est gérée par appareil et par patient selon la réglementation, notamment: chaque endoscope possède un cahier de vie traçant les modalités de sa désinfection, et chaque dossier patient comporte l'ensemble les éléments concernant l'appareil utilisé.

La traçabilité des maintenances est effective.

Le risque infectieux est pris en compte. Le repérage du risque ATNC est intégré au bon de demande d'examen qui est en cours d'informatisation.

Des contrôles microbiologiques des endoscopes, des laveurs d'endoscopes, des enceintes de stockage et de l'environnement sont assurés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus repose sur un tableau de bord d'indicateurs: taux de réalisation du plan d'action, taux de conformité des prélèvements microbiologiques, taux de réalisation du plan de formation, taux de documents actualisés...

En 2015, l'établissement a participé à l'audit national "Endoscopie: gestion du risque infectieux, organisation et pratiques" piloté par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). La conformité des examens microbiologiques (endoscopes, eaux de rinçage...) est analysée.

Les audits patient traceur contribuent à l'évaluation du dispositif.

A / AGIR

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

L'analyse des données d'évaluation permet d'identifier des actions d'amélioration et de les articuler avec le programme d'actions institutionnel à travers un calendrier établi et diffusé.

Les actions récentes ont porté par exemple sur la structuration du pilotage institutionnel des activités, l'acquisition de nouveaux équipements, et le recours à l'usage unique...

Des supports et modalités de diffusion sont prévus auprès des professionnels concernés. La communication des résultats et actions est réalisée par des réunions de service, et auprès des usagers lors de la CDU.

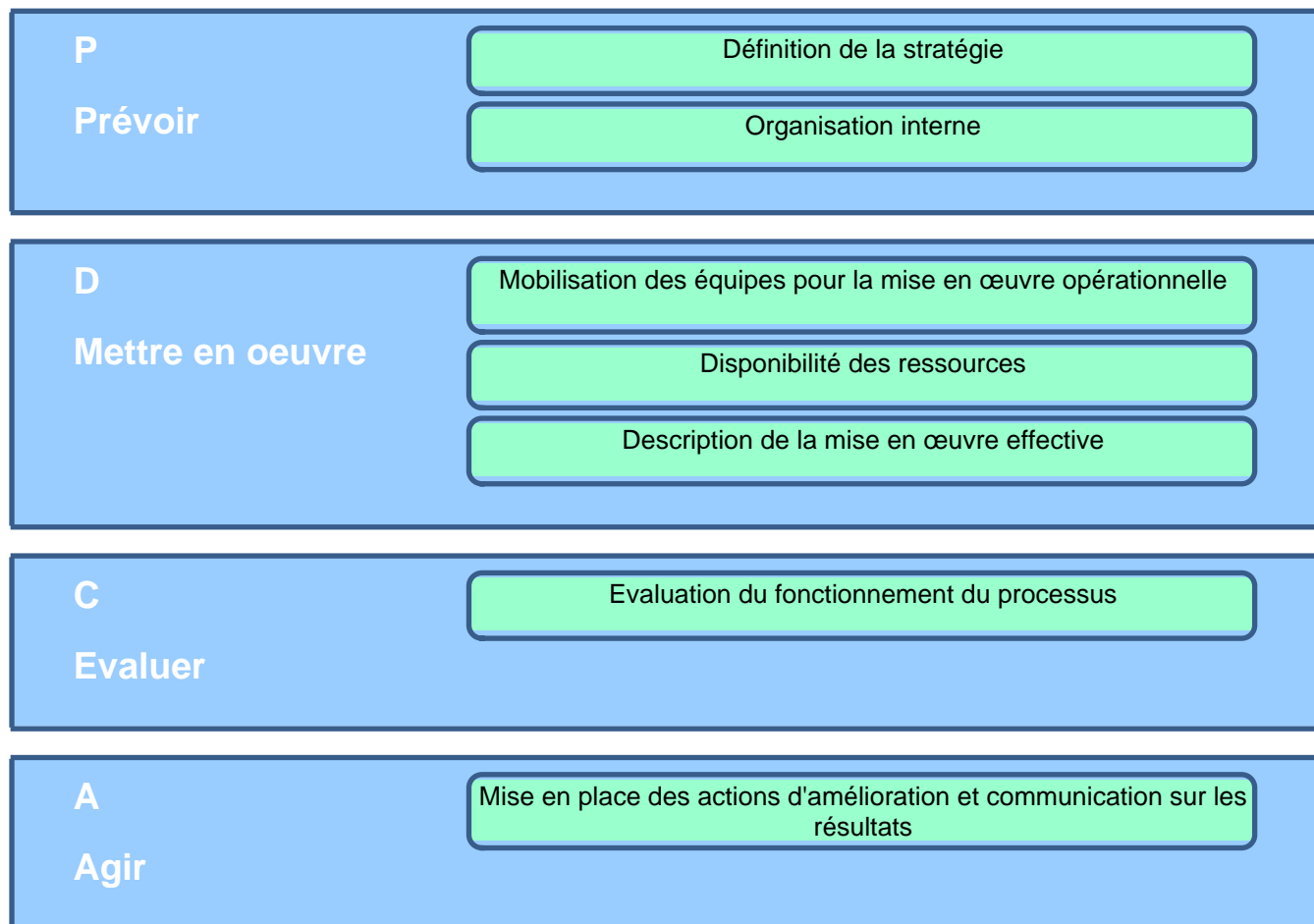
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHAN dispose d'une maternité de niveau 2 B qui a enregistré en 2016, 1200 naissances. C'est la seule maternité publique du département de la Nièvre, elle est éloignée de la maternité de référence, de niveau 3 du CHU de Dijon. La maternité est en lien avec le réseau périnatal de Bourgogne, les réseaux de proximité de périnatalité des Haut et Sud Nivernais et a passé une convention avec la clinique de Cosne sur Loire pour la prise en charge des nouveau-nés.

Le secteur de naissance comporte deux salles de pré-travail, quatre salles de naissances et une salle de réanimation dédiée aux nouveau-nés.

Sa stratégie d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques est inscrite dans le projet médical. Cette politique est déclinée dans l'axe stratégique -13- et l'axe opérationnel -6 -qui est celui de "poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patientes en salle de naissance".

Les sources des données pour identifier et analyser les risques reposent sur les résultats des indicateurs et les audits réalisés ainsi que sur l'analyse des événements indésirables. La hiérarchisation des risques a suivi une méthodologie connue par les professionnels, et a permis d'élaborer une cartographie. Les données de la veille réglementaire sont prises en compte.

Les plans d'action associés aux risques prioritaires du Compte Qualité sont articulés avec le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote et copilote du processus ont été missionnés par le directeur de l'établissement et le président de CME, il s'agit du médecin responsable et du cadre de la maternité.

La démarche qualité est documentée et actualisée, afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des patientes et d'organiser la diffusion de la culture qualité/sécurité. Une charte de fonctionnement de la salle de naissance est en place et un correspondant qualité est désigné (sage-femme missionnée sur ses fonctions d'encadrement).

Les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge sont établis selon le degré d'urgence des césariennes. Un organigramme est défini, les fiches de postes des professionnels sont prévues.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Un plan de formation permet d'adapter les besoins aux objectifs définis, comme par exemple l'amélioration de la prise en charge de l'allaitement maternel, fixé comme un des objectifs prioritaires, mais également la prise en charge de l'hémorragie du post partum, ou la césarienne en urgence sur anomalie du rythme fœtal.

Les besoins en matériel, les équipements sont anticipés et répondent aux besoins du secteur. Leur maintenance préventive et curative est en place.

Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire. La coexistence des documents papier et informatique est sécurisée.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter l'échange d'informations et la coordination entre professionnels et entre secteurs d'activité, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. Elle repose notamment sur des staff associant obstétriciens, anesthésistes, pédiatres. Les exercices de simulation ont renforcé cette dynamique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées autour d'axes d'amélioration définis comme prioritaires qui sont d'assurer la conformité du dossier patient, de développer le retour d'expérience, d'assurer la surveillance environnementale en salle de naissance, d'améliorer et évaluer la prise en charge en salle de naissance et d'évaluer la satisfaction des patientes en obstétrique.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par des audits réguliers. Pour renforcer la sensibilisation des équipes des réunions qualité sont organisées, elles permettent de communiquer les

résultats et favorisent l'implication de chacun. Certains EI déclarés déclenchent une analyse des causes profondes ou la pratique de RMM.

Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels et ont amené par exemple à des modifications de support comme le partogramme mais également la pratique du code rouge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel mis à disposition pour la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés est en adéquation avec les besoins. Des ressources de psychologue et d'assistance sociale sont en place et des appels à des consultations de spécialistes (cardiologues et néphrologues) concernant par exemple la prise en charge de l'hypertension et du diabète sont effectives. Un appel à l'intérim médical est nécessaire en raison des difficultés de recrutement rencontrées. Une garde sur place est assumée par les médecins obstétriciens, les pédiatres ainsi que par les anesthésistes. La garde sur place d'une infirmière de bloc opératoire est prévue en juin 2017 afin de répondre à un des axes d'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales.

De nombreuses formations sont dispensées sur les thématiques transversales comme l'identitovigilance ou l'hygiène par exemple. Des actions propres au secteur sont déclinées sur les thématiques de l'allaitement, la réanimation du nouveau-né, la prise en charge des urgences vitales, les degrés d'urgence de la césarienne et la conduite à tenir sur l'arrêt cardiaque chez la femme enceinte avec des exercices de simulation. L'accompagnement des nouveaux arrivants est assuré.

Les locaux sont adaptés, les salles de naissance sont à proximité immédiate du bloc chirurgical avec un accès direct au bloc opératoire par SAS de transfert dédié à la prise en charge des césariennes en urgence.

Les ressources documentaires sont accessibles sous format papier et sur l'outil informatique. Les procédures de prise en charge sont actualisées et validées et suivent les recommandations professionnelles en particulier sur l'hémorragie du post-partum et l'administration des ocytociques. Les dossiers d'obstétrique et d'anesthésie sont sous format papier.

Des outils permettant de noter les vérifications du matériel d'anesthésie et de réanimation bébé, ainsi que du chariot d'urgence sont disponibles.

Cependant, les documents nécessaires à la traçabilité des actes et des vérifications ne sont pas tous disponibles. L'équipe ne dispose pas de support de traçabilité des contrôles à réaliser à l'ouverture d'une salle de naissance. Dans ces conditions, les professionnels ne peuvent pas s'assurer de l'exhaustivité et de l'effectivité des vérifications; ce qui expose à des risques d'erreur ou d'oubli. L'établissement n'avait pas identifié ce risque, mais il a été réactif, et a formalisé et mis en œuvre une check-list d'ouverture de salle durant la visite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des parturientes en salle de naissance est organisée et suit une procédure définie. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, notamment avec le bloc opératoire, et la néonatalogie.

Les procédures d'admission et d'identitovigilance sont connues des professionnels. Une préadmission est réalisée au huitième mois de la grossesse. Les dossiers d'obstétrique sont mobilisables et ou déjà anticipés et en place dans le local de surveillance.

La programmation des déclenchements ou des césariennes est décidée en staff. Les transferts in utero sont anticipés dans le cadre du réseau ainsi que celles des parturientes nécessitant l'accès à une maternité de niveau 3.

Le port du bracelet d'identification est effectif pour les mères et les enfants.

Les transmissions sont réalisées chaque matin et permettent des échanges d'information nécessaires à la coordination et la continuité des soins.

Les exercices de simulation ont renforcé la connaissance des procédures d'appel en fonction des codes d'urgence pour la prise en charge des césariennes.

La prise en charge des parturientes diabétiques est anticipée et la prise en charge des tabagiques fait l'objet de mesures particulières. Un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète gestationnel est en place avec une consultation d'une infirmière de diabétologie et une diététicienne.

La check-list sécurité du patient de la HAS est mise en œuvre.

La surveillance du travail est tracée sur un partogramme papier ainsi que les deux heures qui suivent l'accouchement.

Un compte rendu d'accouchement informatisé est réalisé par la sage-femme. Un exemplaire est remis à la parturiente, un est envoyé au médecin référent et un en place dans le dossier, il intègre le compte rendu d'hospitalisation.

Le bio nettoyage est tracé. Une surveillance environnementale est en place.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreux indicateurs sont en place sur le nombre d'accouchements, le pourcentage de césariennes, de péricidurales etc...

Les IQSS sont suivis et des audits intermédiaires sont réalisés. Le suivi de la consommation du SHA est réalisé. L'analyse de la satisfaction des accouchées est menée.

Des EPP sont réalisées sur la pertinence des césariennes, la pertinence de la prise en charge des menaces d'accouchement prématurés. Des RMM sont organisées dans le cadre du réseau et suivies par des professionnels qui en assurent la communication.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées à la suite des évaluations sont mises en place et suivies. Elles sont articulées avec le PAQSS.

Elles ont porté ces derniers mois par exemple sur des sensibilisations à la traçabilité sur le partogramme des items IPAQSS de l'hémorragie du postpartum, et ont permis une amélioration sur l'audit intermédiaire de 2016 confirmée sur la dernière campagne des IQSS.

La communication des résultats est assurée à destination des professionnels lors des réunions des instances, des réunions de service, par affichage; et des usagers dans le cadre de la CDU.