



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
MOULINS-YZEURE**

**10 avenue general de gaulle
03006 Moulins**

MARS 2016

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. NIVEAU DE CERTIFICATION | 8 |
| 2. DÉCISIONS | 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 | 16 |
| DROITS DES PATIENTS | 20 |
| PARCOURS DU PATIENT | 24 |
| DOSSIER PATIENT | 28 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 31 |
| PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS | 35 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE | 38 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE | 43 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE | 48 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE | 52 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE | 56 |
| GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT | 60 |

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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

| | |
|--|---|
| Audit de processus : <i>Sigle AP</i> | Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus. |
| Conformité | Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. |
| Ecart | Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source. |
| Élément d'investigation obligatoire | Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart. |
| Maturité | Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé. |
| Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i> | Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir |
| Objectifs et programme de visite | Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite. |
| Patient traceur : <i>Sigle PT</i> | Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. |
| Preuve | Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur. |
| Qualification des écarts | Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée. |
| Référentiel applicable | Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS. |

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE-SITE DE MOULINS | |
|---|--|
| Adresse | 10 avenue general de gaulle 03006 Moulins |
| Département / région | ALLIER / AUVERGNE |
| Statut | Centre Hospitalier |
| Type d'établissement | Etablissement de santé |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|---|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| GCS de moyens | 030006936 | GCS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE L'ALLIER | Boulevard deniere Bp 2757 03201 VICHY |
| GCS de moyens | 030000000 | GCS DU BASSIN MOULINOIS | 10 avenue general de gaulle 03000 MOULINS |
| GCS de moyens | GCS1001 | GCS BLANCHISSERIE NIEVRE-ALLIER | 21 route de gennetines Bp 23 03401 YZEURE |
| Entité juridique | 030780092 | CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE | 10 avenue general de gaulle 03006 Moulins |
| Etablissement de santé | 030785190 | CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE SITE DE MOULINS | 10 avenue general de gaulle 03006 Moulins |
| Etablissement de santé | 030000061 | CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE-SITE DE MOULINS | 10 avenue general de gaulle 03006 Moulins |
| Etablissement de santé | 030780589 | CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE YZEURE | Route de gennetines Bp 23 03401 Yzeure |

Activités

| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de place d'hospitalisation partielle | Nombre de places de chirurgie ambulatoire | Nombre de séances de dialyse |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|---|------------------------------|
| HAD | HAD | / | / | / | / |
| MCO | Chirurgie | 79 | / | 8 | / |
| MCO | Gyneco-Obstétrique | 33 | / | / | / |
| MCO | Médecine | 234 | 11 | / | 5798 |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 165 | 106 | / | / |
| Santé mentale | Psychiatrie infanto-juvénile | 19 | 45 | / | / |
| SLD | SLD | 80 | / | / | / |
| SSR | SSR | 40 | 7 | / | / |

| | |
|---|--|
| Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité | <p>COFRAC: accréditation laboratoire COFRAC</p> <p>ARS : Unité de soins intensifs (réanimation) Unité de soins intensifs en cardiologie Soins palliatifs</p> |
|---|--|

| Réorganisation de l'offre de soins | |
|---|---|
| Coopération avec d'autres établissements | Oui |
| Regroupement / Fusion | / |
| Arrêt et fermeture d'activité | / |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions | <p>Création d'une UTEP depuis COMEX du 25/11/2009 (ARH) Autorisation de 4 programmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge diabétique 01/12/2011 • Insuffisance rénale 01/12/2011 • Mieux vivre avec le VIH 30/11/2012 • Douleur chronique en cancérologie 30/11/2012 • Insuffisance cardiaque 27/12/2013 |

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé sursoit à la certification de l'établissement.

2. Décisions

Reserve

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

Recommandation d'améliorations

Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'établissement fait l'objet d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux émis le 27/11/2013 par la Sous Commission Départementale de Sécurité pour deux bâtiments de psychiatrie sur le site d'Yzeure en 2013 : Legrain (Unité de prise en charge de patients chronique de psychiatrie de 25 lits) et Régis (Unité de prise en charge de patients déficitaires de 19 lits / Pré MAS). L'établissement a mis en place un programme de travaux sur 4 ans, validé le 17 août 2015 par la Mairie d'Yzeure après passage en Préfecture (autorisation de travaux suite à un schéma directeur de mise en sécurité avec échéancier de travaux) : - la première tranche programmée pour 2015 a été réalisée : recoupement du bâtiment, création de zones protégées, - des mesures transitoires ont été prises : Mise à jour du plan d'organisation interne des secours (avec consignes particulières pour les bâtiments sous avis défavorables) et validation par la commission de sécurité. Réalisation de formation SSIAP1 du personnel du standard présent à l'entrée du site, programmé progressivement chaque année avec la formation continue. (1 agent sur 2015, 2 agents sur 2016) Réalisation de formation du personnel régulièrement depuis janvier 2014 in situ avec exercice de mise à l'abri, application du plan d'organisation interne du site. Suivi de formation du personnel dans le cadre de la formation continue. Réalisation d'un exercice avec les services de secours de mise en application des consignes particulières et du POIS en 2014 suite à mise à jour.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé.

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur sa réserve dans un délai de 6 mois.

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans les 2 mois précédant la visite, indiquant les actions correctives conduites sur la réserve définie dans le rapport. Au terme de l'analyse de ce compte qualité, la HAS établit le programme de la visite de suivi.

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 radiothérapie |
| 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 |
| Gestion des équipements et produits au domicile du patient |

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

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|--|-----|
| 1 | H/F | Cardiologie | Insuffisance cardiaque congestive | Urgences | avec passage USIC et TIUIM | MCO |
| 2 | H/F | Médecine Générale | Soins palliatifs | / | Après PEC en séances de chimio pour fumeur | MCO |
| 3 | H/F | Chirurgie orthopédie HC | Fracture du col du fémur | Urgences | / | MCO |

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|---------------|--|---|---------------|--|---------------|
| 4 | H/F | Chirurgie ambulatoire | Canal carpien | programmée | / | MCO |
| 5 | F | Maternité | accouchement par voie basse | urgences | / | MCO |
| 6 | H/F Adulte | Psychiatrie adulte De Clérambault / Régis Temps pl | Troubles du comportement et de la personnalité ave | / | Antécédents psychiatriques | Santé mentale |
| 7 | Adolescent | Inter secteur de pédopsychiatrie intra hospitalier | Troubles des conduites | urgences | Lit d'urgence si possible | Santé mentale |
| 8 | H/F Adulte | Psychiatrie adulte intersectorielle extra hospital | Projet de socialisation / réinsertion / maintien à | / | Après hospitalisation Legrain ou Chaslin pour Trou | Santé mentale |
| 9 | Personne âgée | SSR orientation gériatrique | fracture du membre inférieur | urgences | puis médecine gériatrique puis SSR | SSR |
| 10 | H/F | HAD | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies) | / | Ayant eu intervention en chir gastroentéro et/ou e | HAD |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

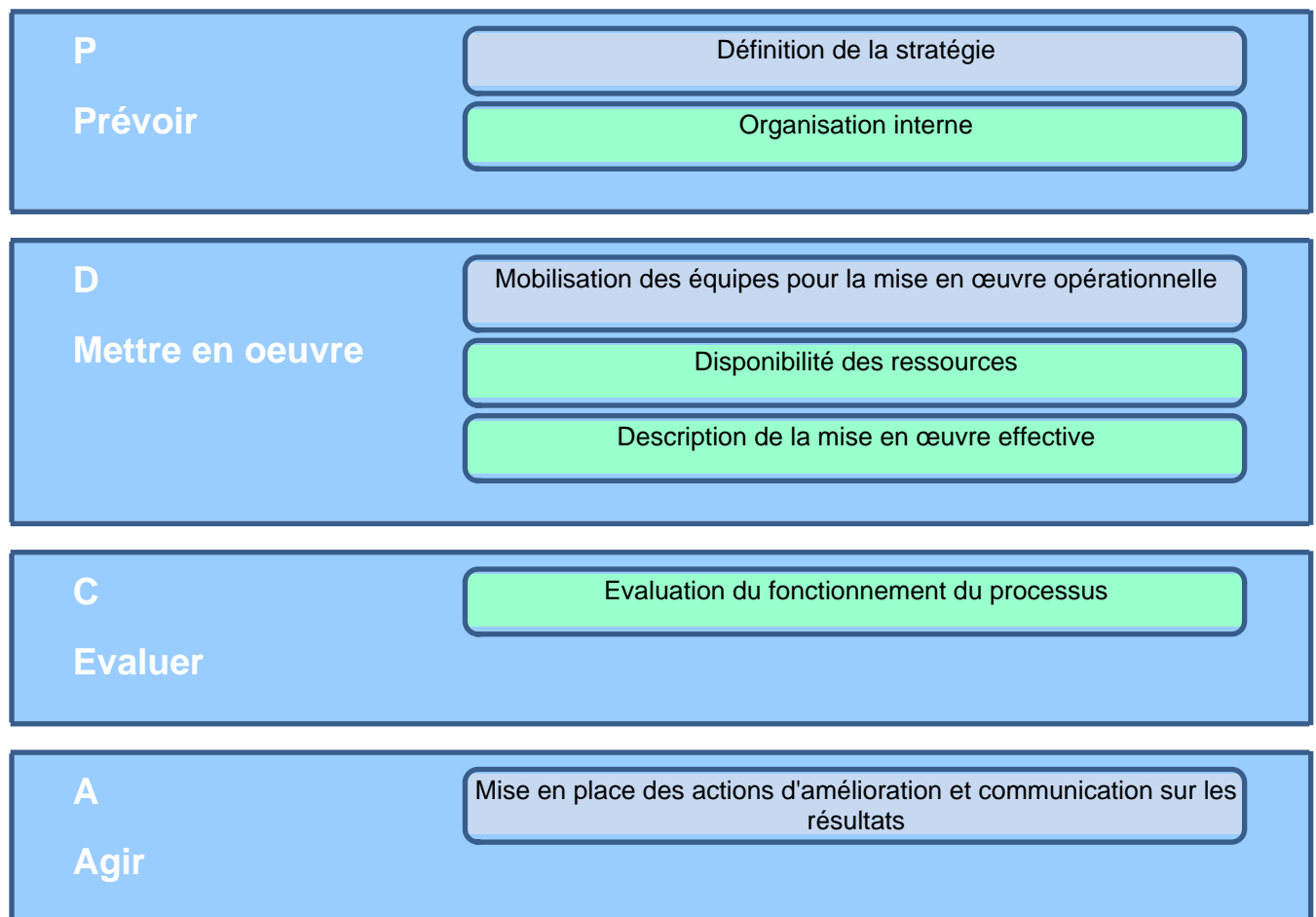
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques de l'établissement s'appuie sur la déclaration de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en date du 11 mars 2011. Elle a été validée en CME et présentée en CSIRMT ainsi qu'en CRUQPC. Cette déclaration est en continuité avec les précédentes politiques qualité institutionnelles. Le programme d'actions annuel associé s'appuie sur une identification des besoins et une analyse des risques. Ce programme est présenté annuellement pour validation en CME et fait l'objet d'un avis ou d'une présentation aux instances concernées (Conseil de surveillance, CSIRMT, CHSCT, CRUCQ...). La politique en matière d'EPP a été définie. Le document de référence actuelle a été validé en juin 2013.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques en lien avec les données issues de l'analyse des risques, du contexte et des spécificités de l'établissement. Les résultats des indicateurs qualité IQSS sont intégrés dans ces thématiques. Les objectifs prioritaires d'amélioration de la qualité et les mesures de traitement des risques sont repris dans le Compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qualité et gestion des risques. Son organisation s'appuie sur la Commission Qualité, Sécurité des Soins et DPC mise en place par la CME du 7 février 2012 dans le cadre des prérogatives de cette instance. Sa composition est définie. Elle associe un représentant des usagers. Cette commission a pour mission de proposer le programme d'actions qualité et sécurité des soins aux instances, de suivre ce programme et élaborer un rapport annuel. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés (Direction qualité, cadres de santé, assistants de gestion de pôle) sont identifiés et formalisés dans des profils de poste ou de fonction.

La coordination entre les différentes composantes du système qualité gestion des risques est assurée par la direction qualité et gestion des risques - dont la directrice est par ailleurs coordinatrice de la gestion des risques en soins - et la Commission Qualité, Sécurité des Soins et DPC. Leur mission est de s'assurer de la structuration ainsi que de la coordination des différents groupes de travail, commissions ou comités en charge de la gestion des risques. Un document de 2012 assorti d'un schéma, en cours d'actualisation précise l'articulation entre les comités et cellules de gestion de risques (CREX), les vigilances sanitaires ainsi que les sous-commissions spécialisées de la CME (LIN, CLUD, CLAN...). L'objectif recherché est d'obtenir une vision globale et cohérente des démarches qualité et de gestion des risques inhérents à l'activité hospitalière (risque au travail, techniques...). Cette articulation est favorisée par le partage d'un logiciel de gestion qualité-risques, de projet et de gestion documentaire en phase de déploiement. Un lien est assuré avec la CRUQPC à laquelle participe la directrice qualité ainsi qu'avec le CHSCT dans le cadre de la gestion des risques au travail.

L'établissement a défini et identifié des besoins en ressources humaines : direction qualité, vigilants, "relais qualité".... La direction qualité organise en interne l'accompagnement méthodologique des professionnels (EPP, RMM, CREX...). Des outils informatiques sont dédiés à la démarche qualité et gestion des risques. Le logiciel de gestion qualité-risques, de projet et de gestion documentaire en cours de déploiement a vocation à fédérer l'ensemble de la démarche qualité-gestion des risques de l'établissement et des secteurs d'activités.

Le déploiement de ce logiciel a été l'occasion de mener des actions de communication dans les secteurs d'activité pour sensibiliser les professionnels sur les risques ou les processus à risque identifiés. La gestion des interfaces est organisée dans le cadre de la commission qualité gestion des risques/DPC et par la direction qualité. Le but recherché est de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. A cet effet, le compte qualité décrit la coordination entre les différentes instances en charge de la qualité ou de la gestion des risques spécifiques (vigilances, CLAN, CLUD...) ou transversales (Cellule gestion des risques, risques professionnels...). La direction qualité, le coordonnateur des risques associés aux soins ainsi que le président de la commission de la qualité et sécurité des soins sont en charge de cette coordination.

L'établissement accompagne les secteurs d'activités dans la mise en œuvre de la mise en œuvre de CREX selon une méthode reconnue afin d'analyser les événements indésirables.

L'organisation des RMM est définie dans une procédure propre à chaque secteur d'activité concerné selon une trame commune. La composition, la périodicité, le déroulement ainsi que la traçabilité, l'archivage et les items du bilan annuel sont précisés.

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Elle s'appuie essentiellement sur une procédure qui décrit les modalités de recueil et de traitement de ces événements. Le formulaire de déclaration informatisé est en cours de déploiement. La gravité et la criticité de ces événement ainsi que leurs modalités de traitement sont définis. Le suivi et l'instruction de ces événements associent la direction qualité et les responsables et acteurs des secteurs concernés. Cependant, l'organisation du recueil et du traitement des EI ne repose pas sur une méthode adaptée et

hiérarchisée. Le logigramme de recueil et traitement des événements indésirables de la procédure ne tient pas compte de la gravité de l'événement. L'organisation du traitement des EIG n'est corrélée ni avec sa gravité, ni avec la conduite à tenir en cas de dommage lié aux soins. Le processus de hiérarchisation des risques a posteriori retenu sur le plan institutionnel dans la procédure de signalement et traitement des événements indésirables ne permet pas d'identifier les EI nécessitant une analyse des causes profondes. L'établissement a fait le choix de favoriser la constitution de CREX. Leur constitution et leurs modalités de fonctionnement s'appuyant sur une méthodologie reconnue sont accompagnées par la direction qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement, dans le cadre du compte qualité, a identifié des thématiques prioritaires sur la base d'une analyse de risque qui inclut le résultats des indicateurs IQSS. La déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action est confiée à un responsable du secteur ou de l'activité concerné en charge de son avancement. Par ailleurs, des objectifs qualité, sécurité des soins en phase avec les objectifs institutionnels sont inclus dans les contrats de pôle.

Cette déclinaison repose sur une concertation au sein des instances en charge de la qualité et des risques, des instances représentatives (CME, CHSCT, CSI...) et des représentants des usagers. La mise en œuvre en cours du logiciel de gestion de projet permet un accès au suivi de sa mise en œuvre.

Le déploiement en cours du logiciel de signalement s'accompagne d'une information sur son fonctionnement. Une sensibilisation à la démarche qualité et au signalement est organisée dans chaque secteur. D'autres initiatives sont prises afin de s'assurer de l'appropriation de la démarche : réunion des « relais qualité », journée dans le cadre de la semaine sécurité des patients... Le déploiement du logiciel de gestion de la qualité a pour vocation de donner un meilleur suivi et une cohérence dans le suivi et l'évaluation des programmes qualité gestion des risques définis par thématique du compte qualité.

Les assistants de gestion de pôle ont dans leurs missions de s'assurer du suivi des indicateurs qualité et des objectifs du contrat de pôle. Ils proposent des actions à mener pour atteindre les objectifs.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin dans le cadre du suivi du programme qualité (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les délais de suivi de ces actions sont définis dans le cadre du suivi des plans d'actions du compte qualité en lien de la démarche qualité, sécurité des soins institutionnelle. Une revue de contrat de pôle est organisée avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes (réunions de cadres, encadrement..).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié les ressources dédiées à la démarche qualité gestion des risques. La direction qualité dispose des compétences et qualifications dans ce domaine. Elle organise des formations à destination des professionnels concernés ainsi qu'un accompagnement méthodologique dans ce domaine (constitution et fonctionnement des RMM, CREX...).

La directrice qualité, par ailleurs coordonnatrice des risques liés aux soins, s'assure que les professionnels concernés (secteurs à risque, encadrement) sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. Une documentation sur les méthode d'analyse retenues par l'établissement est disponible sur la GED. Le déploiement de la GED informatisée est en cours et, en attendant, les documents ne sont pas toujours facilement accessibles. La gestion documentaire qualité, en cours d'informatisation, est disponible sur différents supports : logiciel accessible sur postes de travail en cours de déploiement, intranet, classeur dans les services. Dans l'attente de l'intégration des documents dans le logiciel GED, les professionnels n'ont pas toujours un accès direct aux documents qui les concernent.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, définies dans le cadre de la mise en œuvre des programmes qualité-risques institutionnels ou de secteur. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Cette coordination est organisée dans le cadre des missions de la direction qualité et de la commission de la qualité et sécurité des soins/DPC.

Les acteurs sont associés à la mise en œuvre des actions d'amélioration ou de gestion de risques qui les concernent qu'il s'agisse de programmes définis ou en lien avec une des thématiques du compte qualité ou à l'occasion d'un événement indésirable. La traçabilité est assurée dans le cadre de la mission des responsables définis pour chaque action.

L'ensemble des secteurs d'activités, soit l'ensemble des pôles d'activités est engagé dans une EPP au moins, soit médicale, soit soignante non médicale ou pluriprofessionnelle. Toutefois, la mise en œuvre des revues de la mortalité-morbidité n'est pas réalisée de façon régulière dans tous les secteurs concernés. La fréquence des RMM est variable selon les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie. Elle est inférieure au rythme précisé dans les procédures internes dans certains secteurs. Par exemple, 1 en 2013 et en 2014 en chirurgie vasculaire et urologie alors que les procédures les concernant en prévoient trois. La mobilisation des équipes médicales, notamment dans certains

secteurs de chirurgie, doit être relancée de façon régulière. Le suivi des plaintes et réclamations y compris des éventuels plans d'actions mis en œuvre associe les professionnels concernés mais également les représentants des usagers dans le cadre des travaux de la CRUQPC.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des programmes qualité sécurité des soins sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Il n'y a toutefois pas d'évaluation qualitative quant aux RMM. L'évaluation institutionnelle ne porte que sur le nombre de RMM réalisées. Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique n'évaluent pas qualitativement et quantitativement l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels aux RMM.

A / AGIR

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

La direction qualité et la commission de la qualité et sécurité des soins/RPC s'assurent du suivi des actions d'amélioration dans le cadre de leurs missions.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins fait l'objet d'un rapport annuel validé par les instances (CME...). En complément de cet examen, les instances sont régulièrement informées du développement de la démarche qualité. Un point d'étape est fait en principe lors de chaque CME, CTE ou CRUQPC. Suite à cet examen, les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et désormais dans les programmes d'actions prioritaires du compte qualité. Les programmes d'actions du compte qualité sont suivis et ajustés selon le rythme d'évaluation défini pour chacun. La cohérence avec les objectifs stratégiques relève de la direction qualité et de la commission qualité, sécurité des soins/DPC.

Le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des programmes d'actions des thématiques retenues dans le compte qualité font l'objet d'une information aux différentes instances mais aussi dans les bulletins internes d'information. Les revues de contrat de pôle ainsi que le suivi des CREX réalisées suite à un événement indésirable conduisent à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

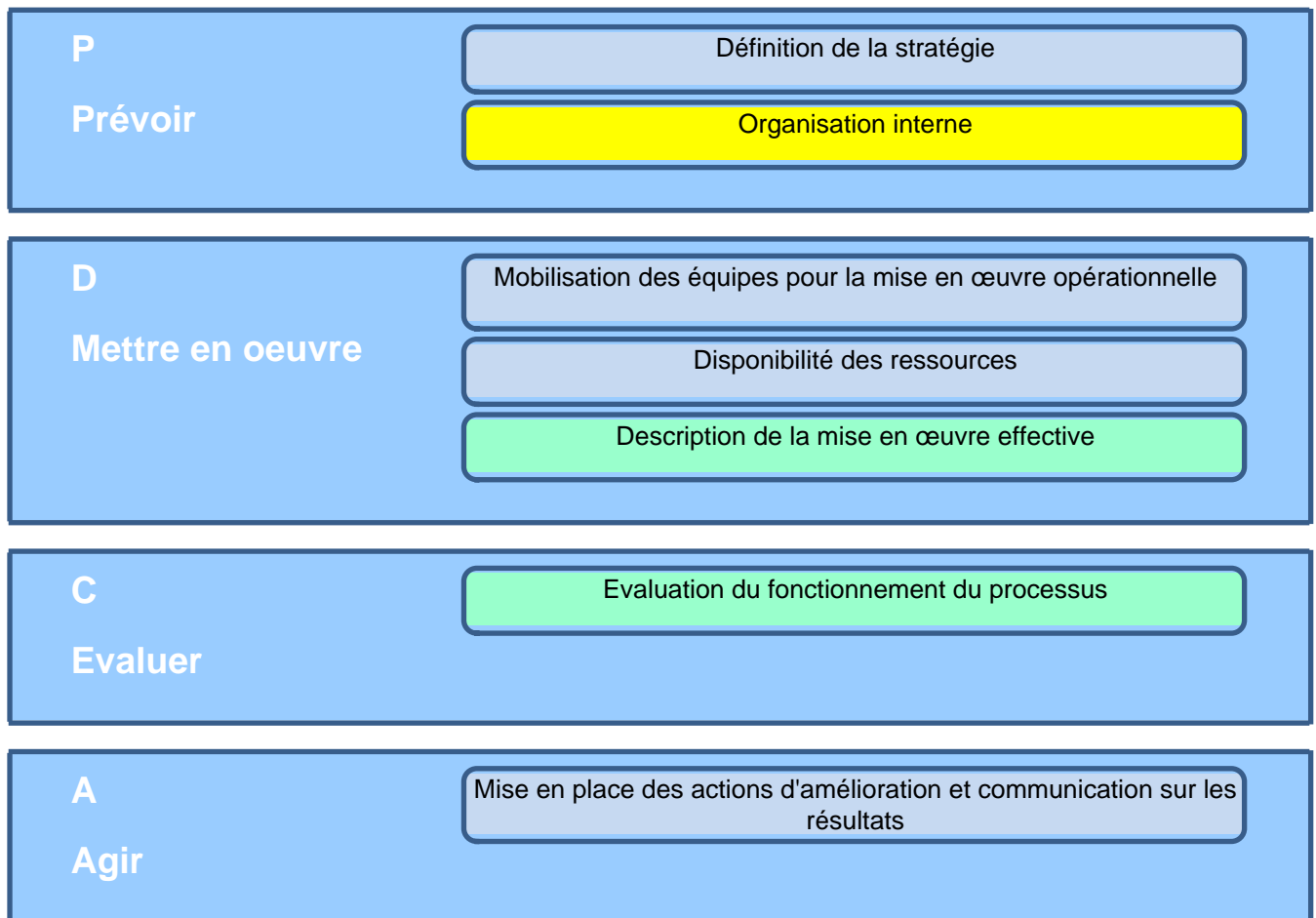
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

La politique institutionnelle sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins inclut la prévention du risque infectieux.

Le programme d'actions annuel est élaboré sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques a priori et a posteriori en concertation avec les professionnels responsables du processus et validé par le CLIN. Ce programme comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques priorités, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et spécialités de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus autour de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le CLIN, la commission d'antibiothérapie, les correspondants paramédicaux et le coordinateur de la gestion des risques en soins. Un temps de praticien en Hygiène est dédié à cette thématique ainsi que 2 IDE. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de postes des professionnels pour les différents champs d'intervention du processus.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines en terme d'effectifs, de professionnels compétents et formés dans le domaine de l'hygiène et de la prévention du risque infectieux. Les ressources matérielles et leur maintenance sont adaptées dans la majorité des secteurs d'activité. Les ressources documentaires sont effectives. Des protocoles et des procédures sont formalisées, validées par l'EOH et le CLIN et diffusées. Elles sont intégrées dans la gestion documentaire. Ces éléments se déclinent pour la prévention du risque infectieux, la promotion du bon usage des antibiotiques, de la prévention des accidents d'exposition au sang ainsi que l'hygiène des locaux.

Cependant, les procédures de gestion des déchets ne prennent pas en compte les bonnes pratiques de prévention du risque infectieux. Le ramassage des déchets, organisé 3 fois par 24 heures, entraîne un stockage commun de sacs d'OM, de DASRI, de linge sale et de containers à objets coupants et tranchants dans les services de soins, lorsque ceux-ci ne disposent pas de local intermédiaire dédié. Des chariots (rolls) sont mis à disposition pour y déposer ces déchets et le linge sale dans les pièces dédiées au matériel hôtelier non prévues à cet effet ou dans les couloirs de l'unité de soins.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas formalisé d'organisation commune de l'entretien des locaux. Les procédures d'entretien des locaux existent pour le bionettoyage. Elles ne sont pas harmonisées avec celles de l'équipe de l'hôtellerie qui prend en charge l'entretien des locaux des services de soins.

Enfin, l'organisation des locaux ne permet pas de respecter les bonnes pratiques de prévention du risque infectieux. Dans des services de chirurgie et de médecine, des locaux de réserve de matériels présentent des stockages de linge, de produits, des cartons de poches de perfusion à même le sol ainsi que des dispositifs médicaux stériles rangés ensemble.

Des actions de communication sont organisées auprès des instances, des comités, des correspondants pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur la thématique du risque infectieux. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels responsables de la thématique prévention du risque infectieux et les secteurs d'activité concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins identifiés, chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en matière de risque infectieux. Les objectifs et le plan d'actions institutionnel sont opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et une implication des professionnels médicaux, des services de soins et de la logistique. Des réunions régulières sont prévues avec les référents paramédicaux. L'établissement favorise les informations régulières des équipes, des instances et des sous-commissions de la CME.

L'équipe opérationnelle d'hygiène et les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers des procédures, des protocoles, des conduites à tenir et des audits de bonnes pratiques. Cette surveillance s'adresse aux secteurs de soins, aux pratiques de prescription des antibiotiques, aux services d'entretien des locaux, à la gestion environnementale et de l'eau.

Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements, baisse des résultats des audits de pratiques ou des indicateurs et de déclaration d'événements indésirables. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les analyses et les résultats en sont

communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences sont adaptées. Les responsables sont formés : médecins (antibiothérapie), IDE AS et ASH (hygiène, précautions standards et particulières). Les nouveaux professionnels sont tous sensibilisés et formés selon leur fonction. Les référents paramédicaux de chaque service sont formés. Le matériel et les équipements sont accessibles et répondent aux besoins (en cas d'infection, de mise en isolement). Les matériels utilisés pour l'entretien des locaux sont respectueux des bonnes pratiques dans les secteurs d'activité visités. La documentation, les procédures, les organisations et protocoles sont accessibles, actualisés, validés par les instances et disponibles dans la gestion documentaire des secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues sont mises en œuvre par les secteurs d'activité bien que les pratiques d'entretien des locaux soient différentes d'un secteur à l'autre. En effet, les processus utilisés par les personnels du secteur de bionettoyage et par les hôtelières des services de soins sont différents et ne répondent pas aux mêmes protocoles ce qui ne permet pas d'harmoniser les pratiques des professionnels ni les résultats attendus.

Les points critiques sont maîtrisés et suivis dans les différents domaines ainsi que pour l'environnement.

Les indicateurs relevés témoignent de la bonne mise en œuvre du processus. Les différents indicateurs et surveillances des infections sont en progression.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés plusieurs fois par an par l'équipe opérationnelle d'hygiène et les professionnels impliqués dans les différentes instances et commissions. De nombreux indicateurs sont suivis et des audits de pratiques sont régulièrement organisés. Les résultats de ces évaluations sont diffusés dans les instances et aux correspondants.

De nombreux indicateurs sont suivis : indicateurs nationaux avec des relevés en dehors des protocoles : ICALIN , ICSHA, ICATB, ICBMR. D'autres indicateurs font l'objet d'un relevé régulier et sont intégrés au compte qualité : en région avec le réseau RAISIN, le nombre de RMM, de formés, d'infections sur cathéter central, d'audits, d'EPP. Les AES sont suivis en collaboration avec les services de santé au travail et leur nombre est stable.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration est assuré et conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles actions d'amélioration complémentaires au regard des résultats des évaluations. Les indicateurs et leur évolution font l'objet de communications lors des instances, des sous-commissions de la CME, la CRUQPC et par affichage.

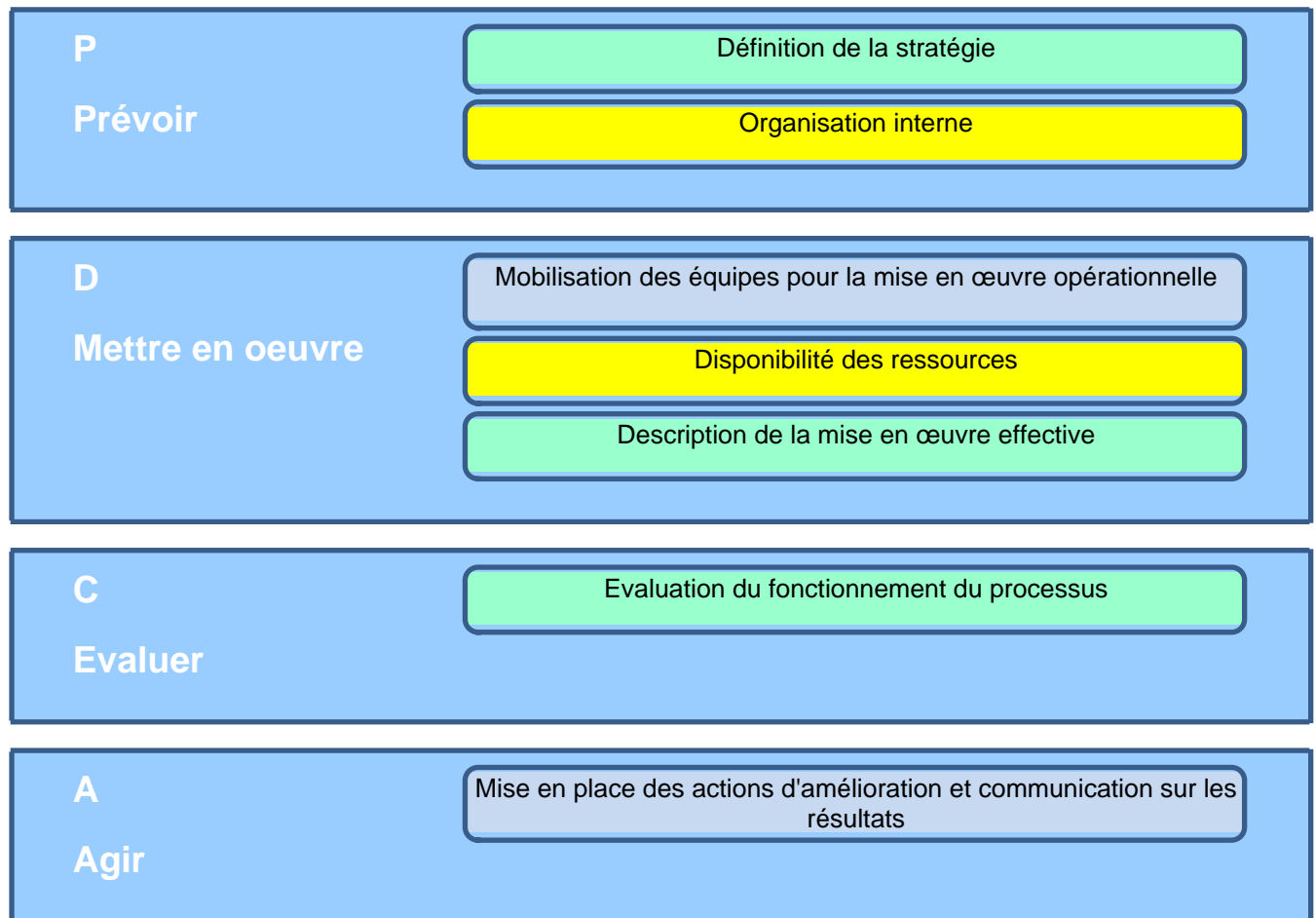
DROITS DES PATIENTS

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 des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement en association avec la CRU. Ils visent notamment à renforcer le droit à l'information, faciliter l'accès aux soins pour tous, améliorer les conditions d'accueil, de confort, de prise en charge, optimiser les prestations hôtelières et poursuivre la prise en compte des besoins et attentes des patients. Cette politique est portée par un groupe de coordination DIP « Droit et Information du Patient » en lien avec la CRUQPC.

Une politique d'accueil et d'information diffusée en 2010 a été réajustée en 2014. Un plan d'actions continu est établi et permet la visualisation de l'ensemble des actions conduites chaque année. Les risques inhérents au respect des droits des patients sont identifiés tels que le non-respect de la dignité du patient ou le défaut d'appropriation de la notion de bientraitance.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus : un groupe de coordination des droits du patient en est chargé avec deux représentants des usagers. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Différentes chartes sont affichées dans les secteurs d'activité.

Le comité d'éthique en place se réunit 2 à 3 fois par an.

Le plan de formation organise chaque année des actions sur le droit et information du patient. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies : procédure maltraitance enfant en danger, procédure de déclaration de maltraitance des personnes soignées adultes...

Cependant, l'organisation des soins ne permet pas toujours le respect de la dignité. En SSR, l'organisation des soins ne permet pas aux aides-soignantes de doucher les patients fréquemment en cas de soins de kinésithérapie (douche une fois par semaine) car les kinésithérapeutes interviennent à l'heure des toilettes.

Par ailleurs, il n'y a pas de dispositif institutionnel organisant l'information du patient en cas de dommage lié aux soins. L'information du patient en cas de dommages liés aux soins est laissée à l'initiative des professionnels concernés. Le document HAS "annonce d'un dommage associé aux soins", intégré dans la GED, a été accompagné d'un courrier aux médecins, lors de sa publication mais l'adaptation de ses recommandations n'est pas formalisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Un état des lieux des actions de bientraitance a été conduit dans chaque unité. La transposition des valeurs et actions a été formalisée dans une charte de bientraitance dans chaque unité.

Ces déclinaisons reposent sur une concertation. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières dans le journal interne et les RV qualité.

Des sensibilisations thématiques ont été menées : loi Léonetti, confidentialité ou soins sous contrainte. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

Des actions de communication sont organisées via le journal interne de l'ES, les RV qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences mises en œuvre par l'établissement accompagnent les objectifs qu'il s'est fixés. Les représentants de la CRUCQ sont associés ou sont à l'initiative des actions menées en ce sens (formation, définition et mise en place de l'affichage informatif...). Des actions et outils sont disponibles :

- Guide de bonnes pratiques de confidentialité affiché dans les secrétariats et les infirmeries,

- Affichage des chartes des droits des patients,

- Formalisation de protocoles et procédures: bientraitance et périnatalité, procédure d'accès du patient à son dossier, procédure d'information intégrant le refus de soins et la sortie contre avis médicale...

Cependant, certains locaux ne permettent pas de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Un bâtiment de deux étages du site d'Yzeure n'est pas équipé d'ascenseur. Certaines salles d'eau ne sont pas accessibles en fauteuil roulant. La plupart des chambres à deux lits ne sont pas équipées d'un dispositif de séparation entre les patients. Plusieurs services sont équipés d'un lit couloir. La plupart des services sont équipés d'une seule douche pour l'ensemble des patients.

Par ailleurs, le respect de la confidentialité n'est pas toujours garanti. Les locaux infirmiers ne sont pas sécurisés hormis en Santé Mentale. Les dossiers patients papier sont accessibles dans les couloirs sur les chariots lors des visites sans la présence de professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil institutionnel des patients est décliné dans chaque secteur d'activité. Des livrets d'accueil spécifiques sont présents en réanimation, SSR, HAD ou UCSA. Un guide de prise en charge des familles est disponible en santé mentale. L'accueil et soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent est défini en pédiatrie ou pour la prise en charge des patients en fin de vie. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettant de s'assurer du respect des libertés individuelles. Le projet personnalisé de soins est formalisé en accord avec le patient et ou son entourage. Le projet de vie en USLD est effectif ainsi que l'accord du programme de soins pour les patients adultes en santé mentale. La procédure d'isolement thérapeutique, septique, protecteur prend en compte le respect des droits des patients. Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est en place : procédures formalisées, information et recherche de l'adhésion des patients, formation des professionnels.

Le recueil du consentement éclairé pour l'anesthésie est assuré mais la traçabilité du consentement chirurgical n'a pas été retrouvée dans les dossiers consultés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement sur le plan institutionnel sur la base d'outils identifiés : indicateurs IQSS, enquête Saphora Isatis, questionnaire de satisfaction des patients, suivi des plaintes et réclamations en CRUQPC. Les usagers ont réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés en MCO/SSR/SM.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des risques identifiés : projet architectural, patients informés sur leurs droits et les missions de la CRU, dispositif d'accueil du patient institutionnel formalisé. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires telles que :

- Développer l'appropriation des notions de bientraitance,
- Harmoniser les pratiques d'information du patient,
- Réajuster le règlement intérieur de psychiatrie,
- Création d'une liasse de documents comprenant la personne de confiance, les directives anticipées, les médicaments,
- Refonte du livret d'accueil avec les usagers.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers : journal interne de l'ES, en CRUQPC...

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

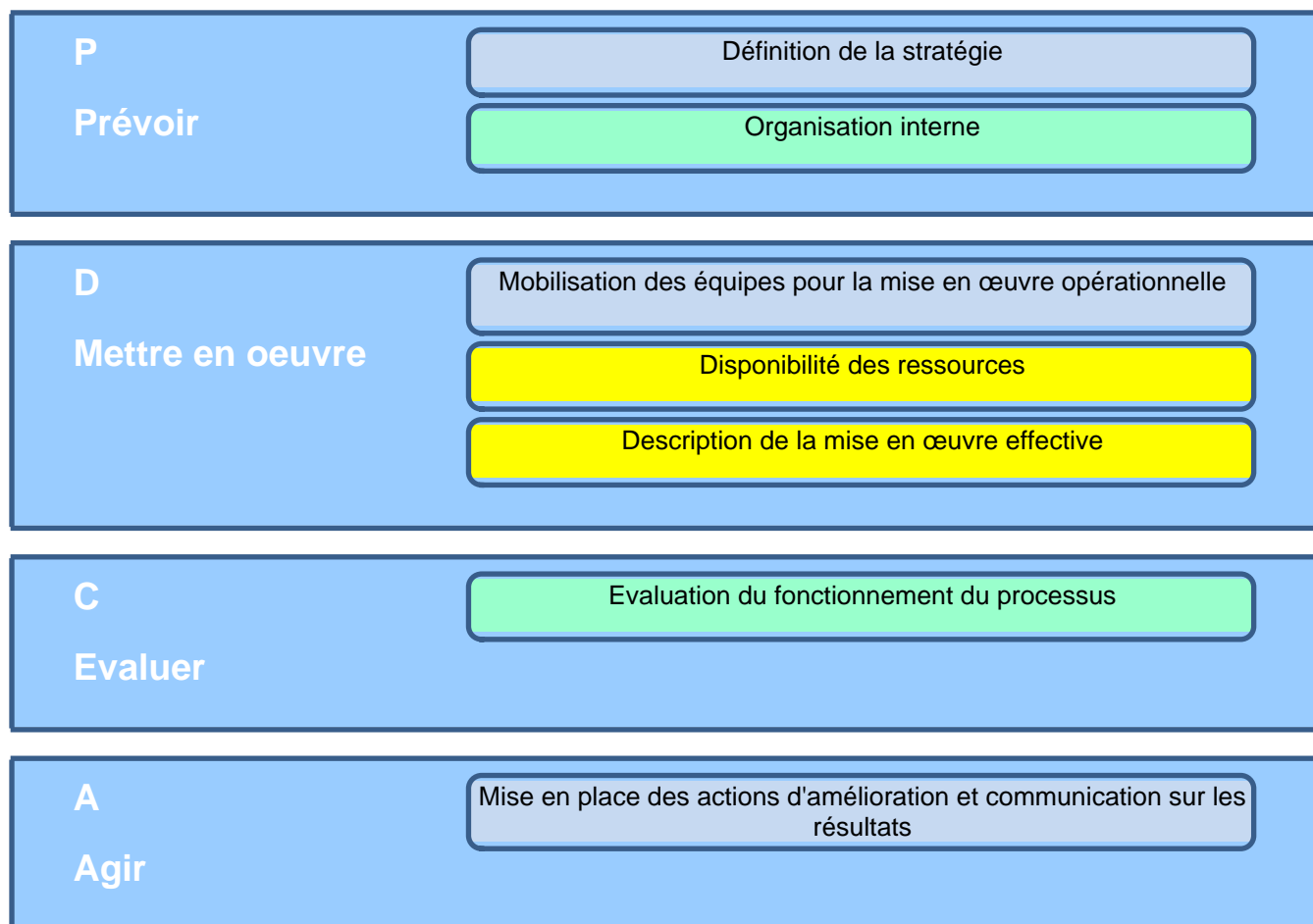
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique " parcours patient", élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle prend en compte les besoins de la population définis dans le schéma de planification sanitaire, les filières de santé mentale, de gériatrie, la chirurgie de l'obésité. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de coordination avec la participation des représentants des usagers pilote le processus "parcours patient". Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines : Fidélisation des internes, collaboration avec l'IFSI, mise en place de formations...

Des ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) sont identifiées.

Les modalités de la prise en charge, y compris pour les personnes appartenant à une population spécifique, est organisée : enfants, personnes âgées, détenus, démunis. Des protocoles tels que la conduite à tenir en cas d'hospitalisation des détenus en Santé Mentale sont définis. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est en place. L'organisation de l'Éducation Thérapeutique du Patient est assurée (programmes et effectifs dédiés).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés dans la prise en charge des patients, l'encadrement de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Le "parcours patient" est une des thématiques jugées prioritaire dans le compte qualité. A ce titre, des plans d'actions sont définis et suivis en regard des différentes modalités de ces prises en charge. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes (staffs hebdomadaires, réunions de services, RCP, participation à des réseaux: périnatalité, cardio Auvergne, 3C). La direction des soins favorise la mise en œuvre de chemin clinique (personne âgée, chemin clinique patient dialysé...).

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place : création de la commission des séjours supérieurs à 21 jours, fiche de liaison pour les structures extérieures, création d'une feuille de fragilité sociale... Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sont organisées sur des prises en charge spécifiques telles celle du patient diabétique. Les ressources en matériel et la documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Cependant, l'accessibilité des Personnes à Mobilité réduite n'est pas toujours possible dans certains bâtiments. Un bâtiment de deux étages du site d'Yzeure n'est pas équipé d'ascenseur. Certaines salles d'eau ne sont pas accessibles en fauteuil roulant.

Par ailleurs, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours de garantir le respect de la réglementation sur l'usage du tabac. En absence d'espace intérieur ou extérieur aménagé pour fumer, les patients détenus dans certaines unités de santé mentale et autorisés par le médecin, le font dans le salon du secteur fermé donnant sur les chambres.

Enfin, le matériel de prise en charge des urgences vitales n'est pas toujours sécurisé. Les malles d'urgence en psychiatrie ne sont pas scellées. L'Hôpital de jour de psychiatrie, situé à l'extérieur du site principal, n'est pas équipé d'un défibrillateur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le projet de soins personnalisé et concerté intègre la traçabilité de la réflexion bénéfique risque. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier. Le dispositif d'identification et la prise compte du risque suicidaire sont en place.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, exemple: utilisation du logiciel TRAJECTOIRE pour les

admissions en SSR, fonction transport assurée par une société d'ambulances...
Toutefois, les modalités de transmission des informations ne sont pas toujours respectées. Les IDE du service de dialyse retranscrivent dans l'ordinateur les éléments de surveillance des patients après leur séance.
De plus, l'évaluation initiale du patient n'est pas toujours réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Le 12 mars, un patient hospitalisé en HAD depuis le 26 février n'avait pas été examiné par un médecin depuis son admission. Les règles définies par l'établissement prévoient une évaluation médicale journalière mais sa traçabilité n'est pas toujours retrouvée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et le suivi de la prise en charge des patients sont assurés régulièrement par le pilote du processus sur la base d'outils identifiés : Indicateurs de satisfaction des patients, dépistage des risques d'escarres, dépistage des troubles nutritionnels, délai d'envoi courrier de sortie.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires, notamment : améliorer l'information des équipes sur le repérage et la prévention du suicide, poursuivre l'amélioration de la mise à disposition du matériel et produits en HAD, améliorer le dépistage de la vulnérabilité de la personne âgée, améliorer la gestion des flux et orientations des patients. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers en CRUQPC.

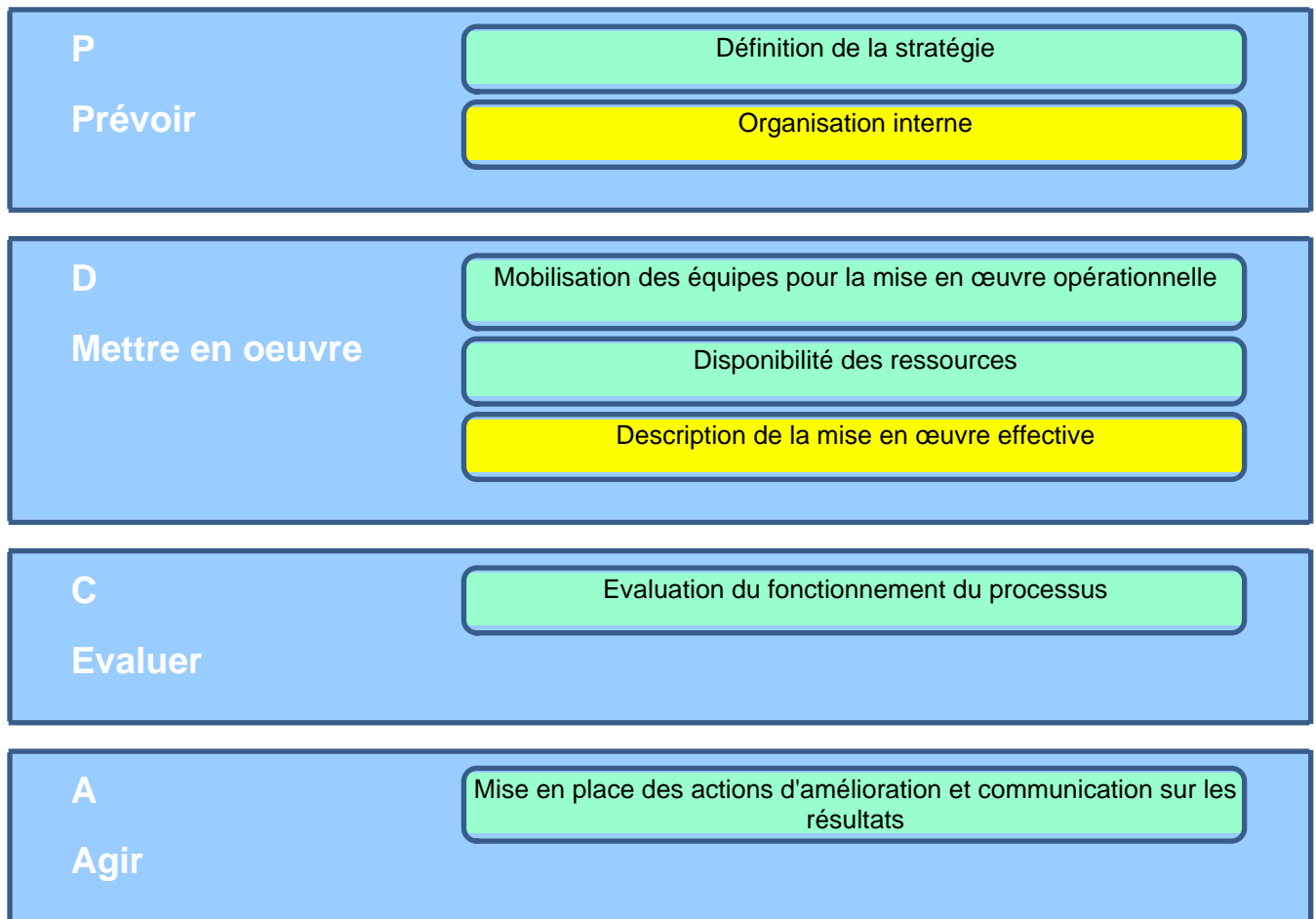
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse de risques (non respect des règles de la politique de dossier patient, non respect des modalités d'accès au dossier du patient, absence, redondance ou perte d'information dans le dossier patient...). Les résultats des IQSS sont intégrés à l'analyse des risques ainsi que les décisions de la précédente certification. L'objectif recherché est de renforcer la coordination des prises en charges et la continuité des soins notamment par le déploiement du dossier patient informatisé.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels: deux référents médicaux et paramédicaux sont nommés par service.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.).

L'information du patient quant à ses droits d'accès à son dossier est établie (livret d'accueil, site internet...). L'accès du patient à son dossier est organisé : procédure, personne référente, respect des délais...

L'établissement a travaillé à l'harmonisation de l'ensemble des supports, à l'élaboration de chemins cliniques dans les différents secteurs ainsi qu'à des protocoles. Des actions de communication sont engagées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus via le journal interne et les RV qualité

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont définies.

Le guide de tenue de dossier est formalisé : il prend en compte les responsabilités, la tenue, les règles d'écriture, les règles de confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile, l'archivage... Il est dans la base documentaire de l'établissement. La Commission Médicale des Systèmes d'Information en est le pilote.

Le dossier de l'établissement est en cours d'informatisation dans certains services mais l'organisation ne sécurise pas le risque lié à la coexistence de supports papier et informatique. Les supports de prescription sont différents, aux urgences, en réanimation, dans les services MCO et dans le logiciel du dossier informatisé, ce qui a pour conséquence des doublons et une perte des informations : dans les dossiers consultés, des prescriptions qui avaient été faites aux urgences, n'étaient pas reconduites dans les services. Une nouvelle prescription étaient faite dans le service d'hospitalisation sans possibilité de savoir si la prescription des urgences avait été administrée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés :

Le management de chaque secteur d'activité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (évaluation hors protocole du dossier patient 3 fois par an de 3 dossiers par unité).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) et matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des procédures sont formalisées et mises à disposition des professionnels dans la base documentaire :

-Procédure de tenue du dossier informatisé.

-Procédure des règles d'écriture dans les dossiers papier ou informatisés.

- Procédure de remise d'un code personnel et d'arrêt des droits.

-...

Un état des lieux des différents supports papier et informatique a été réalisé. Un tableau de bord des chemins cliniques avec un comité de pilotage est en place.

Des formations ont été mises en place sur le raisonnement clinique et l'utilisation de l'outil informatique

ainsi que sur les transmissions ciblées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés.

En revanche, les règles de tenue du dossier ne sont pas toujours respectées. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est inégalement assurée. En chirurgie viscérale, l'observation médicale d'un patient à J6 n'a pas été retrouvée dans le dossier. De même, pour une patiente en chirurgie gynécologique, à J4. L'heure n'est pas tracée lors de la validation de sortie de SSPI par le MAR. La traçabilité de la check-list d'endoscopie est inégalement renseignée.

L'organisation du dossier qui reste dans le service d'HAD ne prend pas en compte les règles de classement institutionnelles. Le classement des documents dans le dossier ne permet pas de retrouver facilement un document. Toutes les ordonnances d'examens de laboratoire consultées sont rédigées par les IDE. Elles sont très souvent non signées par le prescripteur et ne comportent pas d'indications cliniques.

Les IDE du service de dialyse retranscrivent dans l'ordinateur les éléments de surveillance des patients après leur séance.

La traçabilité de l'identité du patient à l'aide d'étiquette n'est pas toujours assurée.

Par ailleurs, le dossier patient n'est pas toujours unifié. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont morcelés dans le dossier du patient : Le dossier du patient en obstétrique est constitué du dossier d'obstétrique commun à la Région, du dossier d'hospitalisation de l'établissement et du dossier papier de l'anesthésiste et des soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des délais de transmissions des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs, est assurée en lien avec la CRUQPC. Un suivi mensuel est réalisé avec une analyse des causes en cas de dépassement des délais définis par la réglementation.

L'évaluation de la gestion du dossier patient, notamment sur la base d'indicateurs est assurée:

- indicateurs IQSS,
- recueil réalisé trois fois par an dans chaque secteur d'activités clinique sur la base des items de l'indicateur IQSS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en lien avec la CRU : formalisation d'une fiche navette bloc-service, création d'une enveloppe de sortie patient, amélioration de la tenue du dossier en SSR et du dossier transfusionnel. Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers via le journal interne et les RV qualité.

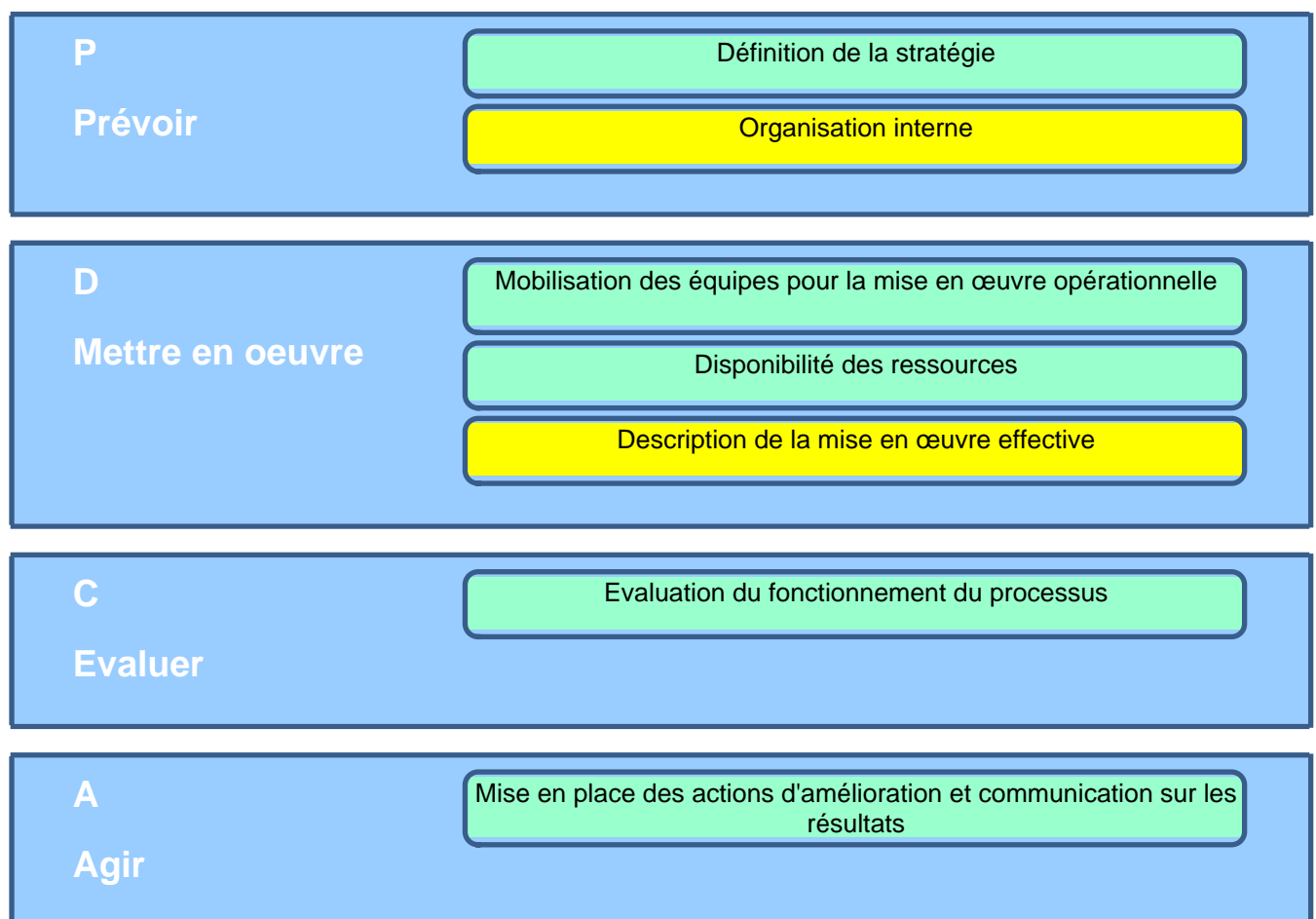
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique de la prise en charge médicamenteuse est formalisée depuis 2012. Un programme d'actions d'amélioration est formalisé autour d'une identification de risques liés au médicament et aux dispositifs médicaux stériles et DMI. Les risques sont issus des indicateurs nationaux IQSS, du CBUM, d'une inspection de l'ARS en 2012 et des erreurs médicamenteuses déclarées. Ce programme est validé en COMEDIMS. Pour l'URC, l'analyse des risques est formalisée

Les objectifs d'amélioration sont inscrits dans la politique reprise dans le compte qualité avec risques hiérarchisés, à priori, plan d'actions et échéancier. L'ensemble du programme est diffusé.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est défini. L'établissement a rédigé récemment son manuel du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il décline les responsabilités des acteurs à chaque étape du circuit du médicament, les organisations, la qualité et les risques, les processus de prescription, dispensation, administration et suivi du circuit. Ce manuel, récemment finalisé, n'est ni signé, ni validé par les instances de l'établissement et donc pas diffusé.

Un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est désigné (Directeur qualité gestion des risques) aidé d'un cadre supérieur du pôle concerné. Les missions sont formalisées entre les pharmaciens et les médecins acteurs des sous-commissions de la CME. Le COMEDIMS valide toutes les actions mises en œuvre. Des groupes de travail sont instaurés sur le processus : groupe des prescriptions, comité des antibiotiques, prescriptions chez la personne âgée, groupe management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, sous-groupe de la cellule gestion des risques spécifique aux médicaments.

La prescription chez la personne âgée fait l'objet d'un comité spécifique qui élabore des protocoles adaptés.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit l'existence de professionnels relais dans les services de soins : IDE référents pharmacie, préparateurs référents des services de soins.

Les ressources documentaires existent : protocoles, procédures, processus pour les différentes étapes du circuit. La gestion documentaire informatisée met à disposition bon nombre d'éléments à destination des professionnels médicaux et paramédicaux. Des protocoles sont en cours de réajustement.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est défini. Son déploiement est en cours et le taux cible de 70% de services informatisés est atteint. Les supports de prescription sont donc informatisés pour partie (services de médecine, santé mentale) et papier pour les chirurgies, le bloc, la réanimation et les urgences.

Toutefois, l'organisation ne sécurise pas le risque lié à cette multiplicité des supports de prescription. Les supports de prescription sont différents, aux urgences, en réanimation, dans les services MCO et dans le logiciel du dossier informatisé, ce qui a pour conséquence des doublons et une perte des informations : dans les dossiers consultés, des prescriptions qui avaient été faites aux urgences, n'étaient pas reconduites dans les services. Une nouvelle prescription étaient faite dans le service d'hospitalisation sans possibilité de savoir si la prescription des urgences avait été administrée.

Des actions de communication et de sensibilisation sont prévues pour les professionnels sur les risques identifiés du circuit du médicament : semaine de la sécurité, journal interne. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Des préparateurs sont dédiés par secteur d'activité pour la gestion conjointe des armoires à pharmacie, des stocks et rangements avec les IDE.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels sur le médicament et les dispositifs médicaux. Cette déclinaison repose sur une concertation entre la pharmacie, les médecins (COMEDIMS, comité des antibiotiques, groupe des prescriptions multimodales) et les équipes infirmières. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Les objectifs et les plans d'actions qui en découlent sont la sécurisation de la prescription, le transport, la continuité, l'administration et l'information des usagers.

Des référents pharmacie sont identifiés dans les services de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (une formation

pluriannuelle est proposée en interne, 150 formés à ce jour). Les nouveaux arrivants (paramédicaux, internes, médecins) sont formés.

Le matériel mis à disposition permet de répondre aux bonnes pratiques : chariots, caisses de transport, piluliers, rangements dans les unités. Le circuit des DMI et DMS est formalisé et appliqué. Les équipements, les matériels et les locaux sont mis à disposition des services (chariots, armoires de transport, caisses de dispensation).

La documentation, les protocoles de soins, protocoles thérapeutiques et le livret thérapeutique sont mis à disposition sur différents supports papier et informatiques. Les documents sont accessibles dans les services et actualisés en fonction des besoins. Des processus, procédures et protocoles sont formalisés sur la prise en charge médicamenteuse pour les prescripteurs, les pharmaciens et les IDE. Ils sont complétés, réajustés et intégrés progressivement dans la gestion documentaire informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement est assurée de l'entrée à la sortie : gestion du traitement personnel, prescriptions lors de transfert ou de sortie.

Les règles de prescriptions écrites ne sont pas toujours respectées. Dans les services encore en dossier papier, les IDE retranscrivent les prescriptions médicamenteuses sur les différents supports de prescription et d'administration papier (notamment chirurgie viscérale, traumatologie, réanimation...). et il n'existe pas de support unique papier de la prescription à la validation de l'administration. Lors de transfert d'un service informatisé vers un service en dossier papier, les traitements sont également retranscrits. Les prescriptions médicamenteuses sur papier ne sont pas toujours datées, identifiées, lisibles et signées par le médecin.

L'analyse et la validation pharmaceutique sont effectives pour les molécules spécifiques (antibiotiques, prescriptions nominatives, molécules onéreuses, chimiothérapie, produits dérivés du sang). La délivrance, la dispensation et les rétrocessions sont organisées. Les situations d'urgences (déblocage), la gestion des stupéfiants, cytotoxiques et des substitutions font l'objet de protocoles validés. En revanche, les modalités de rangement et stockage des médicaments ne sont pas toujours sécurisées. Les locaux infirmiers ne sont pas sécurisés (portes ouvertes) et les armoires ne sont pas toutes fermées.

Faute de règles, l'organisation du rangement des armoires à pharmacie varie d'un service à l'autre et les étiquetages des tiroirs sont différents. En service de médecine, dans un tiroir d'injectables, deux ampoules de produits différents sont retrouvées (KCL et NaCL).

Les règles en matière de préparation des médicaments et des injectables sont respectées en partie par les professionnels concernés. Cependant, les pratiques de préparation et de distribution ne sont pas sécurisées. Les plaquettes de médicaments sont découpées, voire déblistérés par les IDE lors de la préparation des piluliers. L'identification des piluliers et des injectables se fait par le numéro de chambre ou avec des étiquettes manuscrites et incomplètes dans une grande partie des services. Lors de la distribution, les piluliers sont posés au dessus des chariots de soins dans le couloir sans sécurisation en l'absence de l'IDE.

L'administration par les IDE est conforme pour une partie des services. Elle est tracée dans le dossier patient.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

L'information des patients est organisée par les professionnels, des documents sont remis pour des traitements spécifiques.

Les erreurs médicamenteuses sont identifiées et répertoriées le cas échéant. Elles font l'objet d'analyse par les acteurs et d'actions d'amélioration dans les services impliqués. Des CREX sont effectifs depuis fin 2014 dans les pôles. Des EPP sont réalisées sur le médicament : sur l'identification des piluliers, sur la conformité de la prescription chez la personne âgée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sont assurés régulièrement par le pilote du processus, par l'encadrement, la cellule qualité et les sous commissions. L'établissement suit une trentaine d'indicateurs autour du médicament dans le compte qualité : les DMI, le CBUM, conformité de la prescription médicamenteuse, la validation pharmaceutique, les audits, les professionnels formés. Des campagnes d'audits sont réalisées entre les relevés nationaux.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des actions d'amélioration et de l'évolution des indicateurs conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Des EPP sont suivies et permettent des

réajustements de pratiques.

Des supports et modalités de diffusion sont établis : compte-rendus de réunions polaires ou institutionnelles de la cellule gestion de risques. La communication des résultats est réalisée sur le logiciel de gestion documentaire.

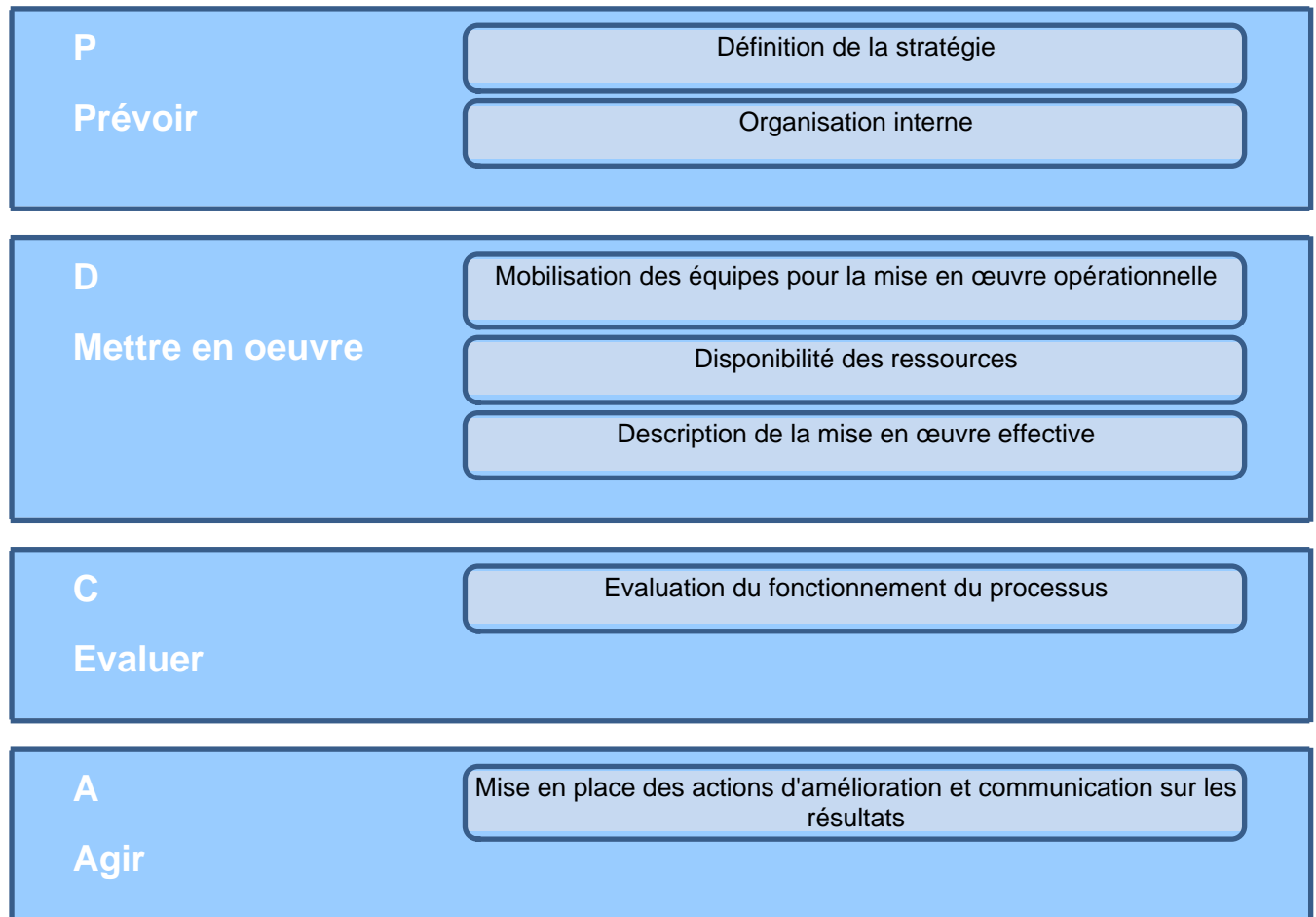
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

La prise en charge des urgences inclut l'avis des spécialistes ou des structures du territoire selon des partenariats formalisés par parcours de soins et diffusés.

Le service des urgences élabore une cartographie des risques pour chaque secteur d'activité en lien avec le processus de prise en charge défini préalablement (parcours de prise en charge).

La cartographie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de ces analyses des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Ce dispositif est intégré aux orientations stratégiques de l'établissement et à sa démarche d'amélioration de la sécurité des soins.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation, élaborée sur la base d'une identification des besoins, pour piloter le processus global inscrit dans le projet de pôle. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (responsables médicaux, paramédicaux, professionnels référents de thématique). Il existe une identification des différents secteurs de prise en charge des urgences avec la définition du pilotage et l'identification des responsables de chacun des parcours de prise en charge des patients. Les secteurs de prise en charge, qui intègrent un SAMU et un SMUR, sont organisés en filière ambulatoire ou non.

L'organisation du service des urgences est formalisée. Elle précise les circuits et les filières de prise en charge. Les circuits sont définis selon les degrés d'urgence, de gravité et selon la filière (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, urgence vitale).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines. Les équipes sont adaptées et formées aux différents postes (IAO, secteur de prise en charge, urgences vitales, SMUR, UHCD). Les ressources matérielles et la maintenance des équipements sont prévues y compris pour les crises sanitaires.

Les parcours patients, les protocoles, les procédures et les check-listes sont intégrés dans la gestion documentaire du service.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les liens avec les autres services et compétences sont organisés et formalisés, permettant l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement de chaque secteur des urgences organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Un programme d'actions concerne chaque secteur de prise en charge et associe les professionnels concernés. Cette déclinaison repose sur une concertation pluriprofessionnelle et des groupes de travail sur les parcours patients. Des informations régulières sont assurées par les responsables et les médecins : réunions, affichages, système documentaire.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : procédures, protocoles, consignes, processus, parcours.

En cas de besoin, des actions d'amélioration issues des évaluations sont menées par le service dont : la sortie précoce, les parcours prioritaires, les protocoles de transfert vers le service d'hospitalisation, l'optimisation de la filière gériatrique la cellule d'alerte en cas de saturation des lits. Des actions d'amélioration sont prévues et planifiées en regard du programme national de l'ANAP sur la gestion des flux patient à laquelle participe le service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont ajustées en compétences et en nombre aux besoins des secteurs de prise en charge. Des formations sont assurées pour développer et garantir les compétences spécifiques nécessaires aux postes de travail (SAU, déchocage, IAO). Les locaux sont organisés et les matériels et équipements sont adaptés aux besoins. La maintenance est gérée. La documentation est accessible par l'intranet ou le logiciel de gestion documentaire ou documents papier. Les informations sont diffusées et disponibles pour tous les agents du service dans tous les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et l'encadrement interne. Toutes les décisions thérapeutiques et de sortie sont validées par un médecin senior. La

traçabilité des actions est assurée. La commission des admissions non programmée est active.
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les liens avec les services d'aval et les structures du territoire sont organisés et adaptés.
Les EI sont relevés et analysés avec recherche des causes en réunion hebdomadaire de service. Les professionnels représentatifs des secteurs des urgences se réunissent en CREX chaque mois en interne et avec les pompiers pour le SAMU.
Une RMM s'est mise en place suite à un EIG déclaré dans la base informatique en fin 2014.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs nationaux et de suivi d'activité, d'attente, de flux, de pertinence de la filière choisie et de plaintes sont suivis dans un tableau de bord ainsi que dans le compte qualité. Leur analyse permet l'identification d'actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et le compte qualité. La réunion hebdomadaire interne au service reprend le suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. Les risques analysés sont réexaminés afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Le suivi des actions d'amélioration est également assuré par la direction qualité dans le cadre de sa mission de coordination du programme qualité sécurité des soins.
Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des suivis d'indicateurs sont communiqués aux professionnels en réunion et en interne lors de réunion des instances de la qualité.

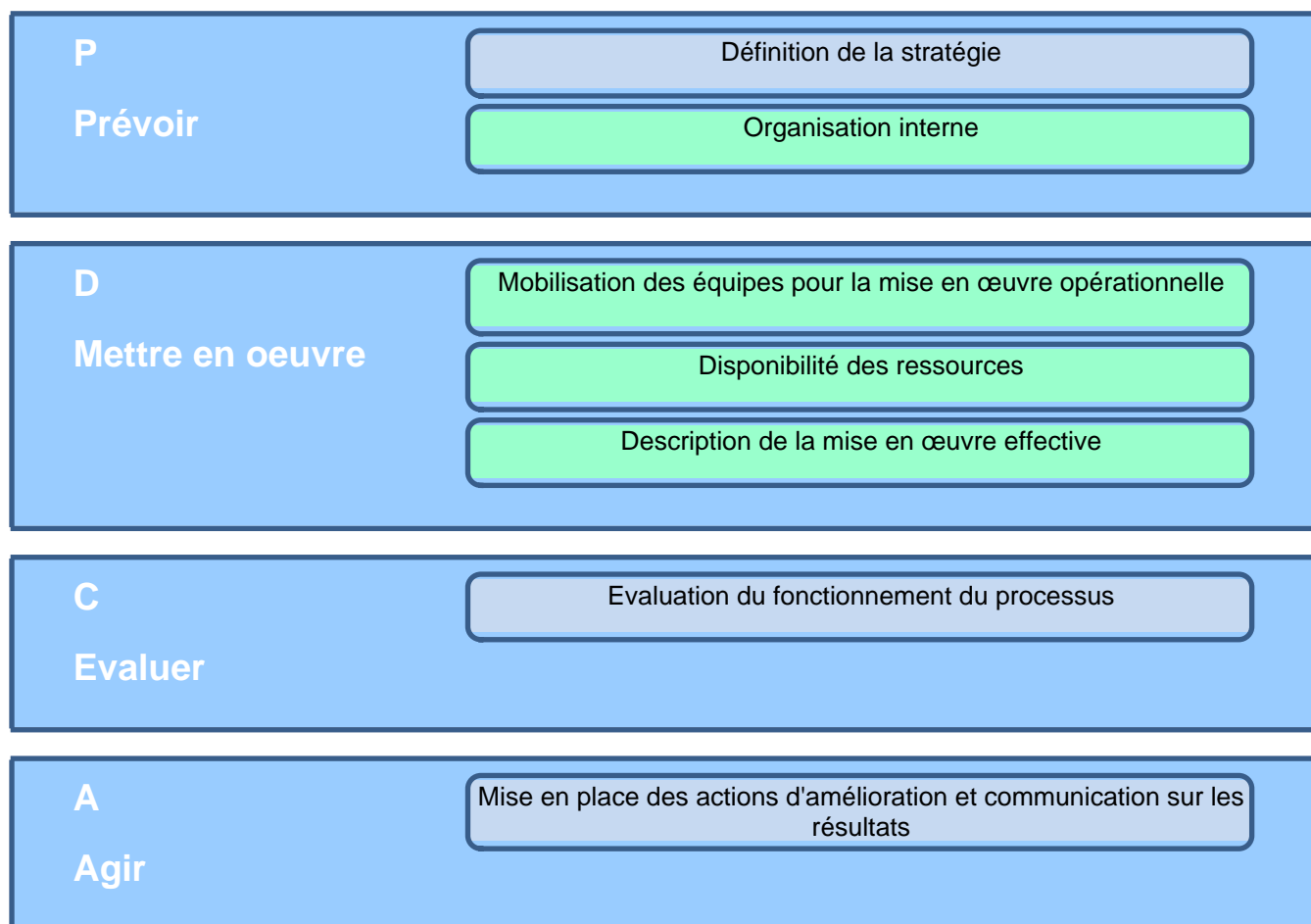
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire du CH Moulins est un bloc central pluridisciplinaire, situé au deuxième étage du pavillon Ambroise Paré. Il est composé de 8 salles d'intervention disposées en deux secteurs aseptique et hyper aseptique. La salle de surveillance post-interventionnelle compte 10 postes de surveillance. Une salle de plâtre et une salle de cathétérisme complètent la fonctionnalité du bloc opératoire.

Ce bloc développe diverses spécialités chirurgicales : orthopédie, viscéral, bariatrique, vasculaire, urologie, gynécologie, ORL, ophtalmologie, maxillo stomatologie, endoscopique et obstétrique. Les interventions sont réalisées sous anesthésie générale, loco régionale ou locale.

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du Bloc Opératoire, de la SSPI et de l'UCA.

Sur la base de données variées (événements indésirables et évaluations comme utilisation check-list bloc opératoire ou dossier d'anesthésie), une identification des besoins a été définie (maintien de la sécurité dans la gestion du bloc, structuration de la démarche qualité gestion des risques, connaissance et respect de la charte de bloc, disponibilité du matériel pour les interventions chirurgicales). Après analyse et hiérarchisation des processus à risques, une cartographie des risques au bloc opératoire a été élaborée. Sa dernière mise à jour date de juillet 2014. Un programme d'actions préventives et de surveillance est formalisé. Il comprend des objectifs d'amélioration comme le renforcement de la sécurité patient (systématisation de la traçabilité de la visite pré anesthésique, systématisation de la présence et de la réalisation effective de la Check List Bloc Opératoire) et des mesures de traitement des risques précisant les ressources et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le Conseil de bloc pilote le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du Bloc Opératoire, de la SSPI et de l'UCA avec une Commission de programmation et une Commission des utilisateurs et en lien avec la CME, le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la Direction Qualité Gestion Des Risques.

Le Conseil de Bloc se réunit mensuellement et met en œuvre les actions d'amélioration définies. Un Responsable régulation / programmation (cadre IADE) est désigné pour réguler les activités du Bloc Opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Un Coordinateur médical (MAR) est désigné. Il a pour mission de traiter les cas d'urgence et d'arbitrage d'ordre médical.

Les différents processus (management, interventionnel, support) sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et risques propres au Bloc Opératoire. Des documents d'information patient comme la feuille d'information pré-anesthésique, le questionnaire pré-anesthésique, la feuille d'information chirurgicale, la fiche d'information transfusionnelle sont en place. Les procédures sont formalisées et adaptées à la taille de l'établissement. Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition. Les objectifs, missions, pilotage et organisation du Bloc Opératoire / SSPI en lien avec les différents secteurs opératoires sont décrits dans plusieurs documents qui ne sont toutefois pas tous intégrés dans le dispositif institutionnel de gestion documentaire. Les documents intitulés "Conseil de Bloc", "UCA charte de fonctionnement", "Commission de programmation" et "Commission des utilisateurs", diffusés et utilisés par l'ensemble des utilisateurs du Bloc Opératoire, ne sont pas validés par la Direction Qualité Gestion Des Risques.

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. Elle est en articulation avec le Programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins de l'établissement est en place. Cependant, la détection des EIG au Bloc Opératoire n'est pas organisée. Le système de déclaration des EI ne permet pas d'identifier les EIG au Bloc Opératoire car l'organisation n'est pas établie pour cela. Les EIG n'étant pas identifiés, l'analyse des causes profondes ne peut être réalisée en y associant les acteurs concernés.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) au Bloc Opératoire, en SSPI et en UCA sont identifiées et sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

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

Les locaux prennent en compte les besoins liés aux risques et à la réglementation. Les circuits sont organisés et cohérents. Les matériels, équipements biomédicaux et équipements non biomédicaux font l'objet d'une gestion optimale et sécurisée.

Les besoins en système d'information sont identifiés avec un projet d'informatisation 2015-2016.

Les indicateurs Hôpital Numérique sont intégrés au SIH.

Les interfaces sont organisées en interne avec la Direction Qualité Gestion Des Risques, les secteurs médico-techniques et administratifs mais aussi avec les intervenants extérieurs en UCA.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du Bloc Opérateur, de la SSPI et de l'UCA s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins en lien avec les éléments du Compte Qualité et les orientations de l'établissement et communique auprès de son équipe.

Chaque secteur a identifié ses propres besoins, ses risques spécifiques et a mis en place un plan d'actions adéquat. Les équipes du bloc opératoire, de la SSPI et de l'UCA s'impliquent dans les actions d'amélioration et participent à l'élaboration des protocoles et autres documents et au signalement dans le cadre des vigilances sanitaires. Néanmoins, l'analyse des pratiques n'est pas complètement développée. Les EIG n'étant pas identifiés, l'analyse des causes profondes ne peut être réalisée en y associant les acteurs concernés. De plus, les analyses de la mortalité-morbidité ne sont pas régulièrement organisées dans tous les secteurs de Chirurgie.

Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement. Des évaluations sont réalisées avec des temps collectifs prévus pour échanger sur les résultats au moins une fois par mois au Conseil de Bloc.

L'appropriation de la démarche qualité-gestion des risques est assurée via le renforcement du traitement des événements indésirables, la communication en conseil de bloc et la réactivation de commission des utilisateurs et l'affichage de la charte de bloc actualisée en 2012.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels répondent aux besoins et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient y compris en cas de reprise chirurgicale ou d'urgence, la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Les dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Les professionnels en poste sont formés, les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Les remplaçants/intérimaires reçoivent une information leur permettant l'exercice de leur fonction.

Au Bloc opératoire, en SSPI et en UCA, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour. Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Le programme opératoire est accessible aux professionnels (lieu d'affichage respectant la confidentialité des données), lisible (rajouts, annulations d'interventions). Son informatisation est programmée courant 2015.

Les locaux/équipements/matériels (au niveau des salles d'opération, de la SSPI et de l'UCA) sont adaptés à l'activité, opérationnels, contrôlés et entretenus. L'organisation et l'état des locaux permettent un bionettoyage adapté. Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins) permet de répondre aux besoins et à l'activité.

La mise en place des circuits est effective : circuit des patients, circuits des professionnels, circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets.

L'organisation des interfaces permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs / professionnels entre le Bloc Opérateur et les secteurs techniques, logistiques et administratifs est opérationnelle. Cependant, l'échange d'information n'est pas toujours structuré. Le planning quotidien des interventions au Bloc Opérateur est transmis téléphoniquement (et non par écrit) de la cellule de programmation du Bloc Opérateur aux services de Chirurgie, d'Anesthésie et d'UCA.

Les conditions de travail et le climat relationnel au niveau du bloc favorisent la collaboration et la communication entre professionnels.

Le maintien des compétences des professionnels est adapté aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques professionnelles sont majoritairement fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe, etc.). Cependant, la traçabilité des actes et vérifications ne respecte pas les règles de bonnes pratiques. Pour les patients sortant de la SSPI et allant vers l'UCA, il y a régulièrement une absence de prescription, de signature et de mention de l'heure de sortie par le MAR,

Pour les patients sortant de la SSPI et allant vers les services de chirurgie, il y a régulièrement une absence de mention de l'heure de sortie par le MAR.

Pour les patients hospitalisés en UCA, la visite pré anesthésique n'est pas systématiquement tracée dans le dossier des patients.

La mise en œuvre de la check-list «Sécurité du patient au bloc opératoire» pour toute intervention par l'équipe opératoire est effective.

Le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond aux besoins. Les équipements/matériels en panne sont remplacés (y compris en urgence). Les professionnels savent où trouver et connaissent les

procédures à suivre (quoi faire, qui contacter) en cas de défaillance électrique, d'un équipement, de défaillance sur les circuits de fluides médicaux, de vide, d'eau...

Les plages opératoires programmées se déroulent entre 08h00 et 15h30. La prise en charge des urgences et la permanence des soins sont assurées 24h/24h en tenant compte des critères de gravité et de l'organisation définie dans la charte du bloc.

La permanence des soins est assurée au bloc opératoire et en SSPI avec des compétences et effectifs compatibles avec la prise en charge sécuritaire des patients. Le conseil de bloc est opérationnel, la planification/programmation/régulation est en place, le programme opératoire est régulé au quotidien par le Responsable régulation / programmation.

Les dysfonctionnements (déprogrammations, etc.) sont suivis, analysés et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les instruments et les DM sont désinfectés et stérilisés, stockés et conservés en application de pratiques définies. La traçabilité papier des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle, etc.) est en place et l'informatisation est prévue prochainement. Le risque ATNC est pris en compte et tracé.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôles en salles opératoires (fiche/registre d'ouverture de salle), identification des patients, fiches de préparation de chaque intervention (installation, matériel). Les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

La maîtrise du risque infectieux est effective avec des zones distinctes de travail (couloir, SAS, salle opératoire) et des zones de stockage. La marche en avant est respectée. Les circuits propres et sales ne se croisent pas. La surpression dans les salles est maintenue et contrôlée, les portes restent fermées.

La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène dans les différentes zones du bloc (hygiène des mains, port d'un couvre-chef et du masque, pas de port de bijou, règles d'habillement, limitation du nombre de personnes dans la salle d'opération et des entrées/sorties pendant l'intervention, etc.) est effective.

Le bionettoyage des salles d'opération est réalisé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée, il est tracé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation comprend des indicateurs quantitatifs et qualitatifs : présence de la Check List, conformités de la Check List, conformité de la prescription de sortie SSPI, autorisation de sortie de la SSPI, conformité de la fiche de synthèse de sortie de Bloc Opératoire, indicateurs TROS, événements indésirables etc. Une analyse des événements indésirables par CREX est réalisée mensuellement avec implication des professionnels des secteurs concernés.

L'exploitation des résultats permet l'identification d'actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont régulièrement mises en œuvre en lien avec les professionnels sur la base des résultats des indicateurs quantitatifs / qualitatifs et des résultats des analyses.

Le dispositif institutionnel d'amélioration continue comprend un suivi et une mesure de l'efficacité des actions, des mesures d'impact, une diffusion des résultats et une révision des objectifs.

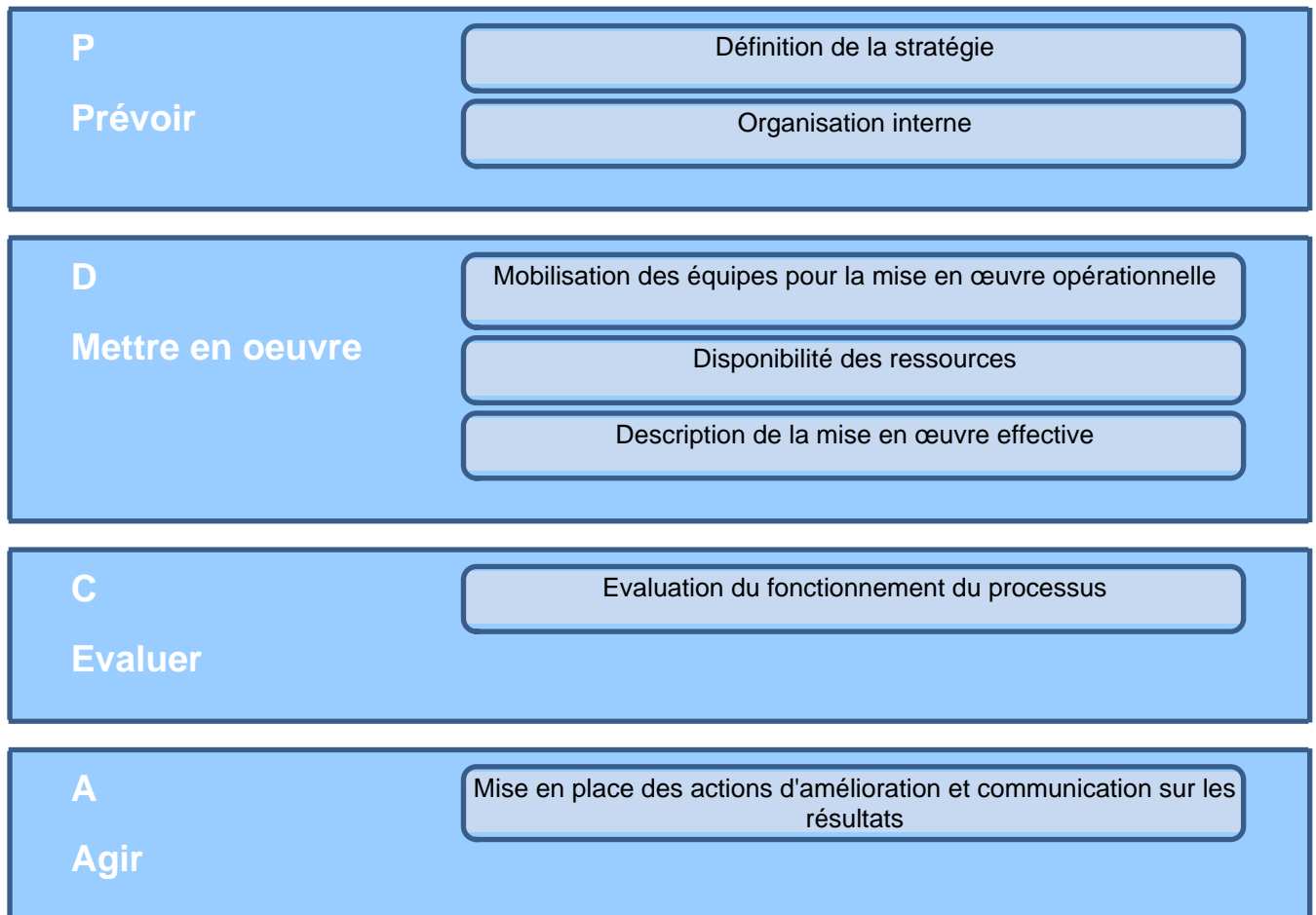
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

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

Il existe une politique d'amélioration de la qualité et de sécurisation des traitements de radiothérapie en lien avec un pilotage institutionnel commun entre le service de radiothérapie et la Direction Qualité Gestion Des Risques. Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins (non-respect de l'organisation du schéma de prise en charge, non respect des délais de prise en charge, travail sur la radioprotection), d'une analyse et d'une hiérarchisation des processus et sous processus à risques (validation du traitement, préparation des plans de traitement, du contournage, de la réalisation du traitement et du suivi post-traitement, supports, etc.). Suite à cette analyse et hiérarchisation des risques propres au service de radiothérapie, un programme d'actions préventives et de surveillance comprenant des objectifs d'amélioration (mise à jour des règles de fonctionnement interne et organisation, définition par étape des délais de prise en charge, regroupement de toutes les formations notamment radioprotection dans un même tableau, sélection d'indicateurs d'exigences spécifiées...) est en place.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place à travers le document intitulé "règles de fonctionnement - unité de radiothérapie du CH de Moulins Yzeure" (05/08/13), une organisation pour piloter le processus en lien avec la Direction Qualité Gestion Des Risques. Les rôles et responsabilités des différents acteurs : Médecins, Personnes Spécialisées en Radio Physique Médicale, Cadres, MER sont établis dans ce document. Les Personnes Spécialisées en Radio Physique Médicale sont placées sous la responsabilité hiérarchique de la Direction Qualité Gestion Des Risques. Une IDE coordinatrice en cancérologie (fiche de poste validée le 01/04/11) est en place afin de coordonner les activités de cancérologie à l'échelle de l'établissement dont la radiothérapie. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a mis en place une organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) permettant la mise à disposition en temps utile des ressources humaines (2 ETP Radiothérapeutes, 2 demi-journées de Radiothérapeute libéral, 2,5 ETP Personnes Spécialisées en Radio Physique Médicale, 1 ETP Dosimétriste et 6,4 ETP Manipulateurs d'Electro - Radiologie), matérielles (locaux adaptés, 2 accélérateurs de particules, un scanner dédié, autres équipements spécifiques et maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à la prise en charge sécurisée des patients. Des actions de formation et communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés sur le processus (formation à la radioprotection et formation aux nouvelles technologies entre autres). Le Plan d'Organisation de la Physique Médicale (actualisé le 02/11/14) est régulièrement actualisé en cas de besoin. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité et permet l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe une déclinaison institutionnelle de cette politique en plan d'actions opérationnel. Elle repose sur une implication des équipes et sur des pratiques professionnelles issues de procédures rédigées par l'ensemble des corps de métier œuvrant dans le processus radiothérapie. Le Médecin responsable du service de radiothérapie s'assure du respect et de l'application de la qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du service au regard des recommandations et de la réglementation. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable de la radiothérapie en lien avec l'ensemble de l'équipe puis mises en œuvre à l'échelle du service avec communication interne adaptée. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé à la radioprotection et aux nouvelles technologies) et matériel tenant compte des évolutions technologiques (dont locaux et équipements) sont disponibles dans le service de radiothérapie. Une démarche qualité documentée, actualisée et accessible est en place : "règles de fonctionnement -

unité de radiothérapie du CH de Moulins Yzeure", "processus de prise en charge des patients en radiothérapie", "processus de sécurisation de la prise en charge des patients en radiothérapie - identification des risques", "manuel qualité en radiothérapie" et de nombreux autres procédures et protocoles.

Ces procédures issues de réglementation et des bonnes pratiques reconnues et compatibles avec les axes d'amélioration du Compte Qualité sont validées, actualisées et diffusées à l'ensemble des corps de métier œuvrant dans le processus radiothérapie et à la Direction Qualité Gestion Des Risques.

Une organisation des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels impliqués dans la prise en charge du patient est en place à travers le document "processus de prise en charge des patients en radiothérapie".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels de la radiothérapie met en œuvre les organisations prévues sur la gestion documentaire pour le fonctionnement en lien avec les autres secteurs d'activités de cancérologie.

Une RCP (toutes spécialités confondues) est organisée de façon hebdomadaire avec une évolution favorable de l'Indicateur RCP de niveau 2.

Les interfaces entre secteurs d'activités de l'établissement et le service de radiothérapie sont opérationnelles et fluidifiées par l'IDE coordinatrice en cancérologie.

Les recommandations issues du dernier rapport ASN d'inspection de la radioprotection du 18/09/14 sont mises en œuvre, en particulier la mise à jour du Plan d'Organisation de la Physique Médicale (actualisé le 02/11/14).

La traçabilité, incluant les vérifications effectuées (traitement, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.) est organisée et opérationnelle.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.) est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs quantitatifs (nombre d'évènements indésirables, nombre de CREX, nombre de professionnels formés à la radioprotection des travailleurs, nombre de professionnels formés à la radioprotection des patients, nombre de personnes ayant bénéficié du temps d'accompagnement et délais en radiothérapie) et qualitatifs (actions correctrices en CREX ..) est en place.

Certains indicateurs d'exigences spécifiées (ASN : présence de la fiche RCP, présence des personnels en poste, identification du patient) sont intégrés au Manuel Qualité et commencent à être suivis par le service de radiothérapie.

Un recueil et une analyse CREX des événements indésirables survenus en radiothérapie sont en place en lien avec la Direction Qualité Gestion Des Risques avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience, régulièrement en fonction des besoins. L'exploitation des résultats permet l'identification d'actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées à la suite des différentes évaluations, notamment les analyses CREX, sont mises en œuvre et intégrées au programme d'actions institutionnel.

Des modalités de diffusion et de communications des résultats sont identifiées. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

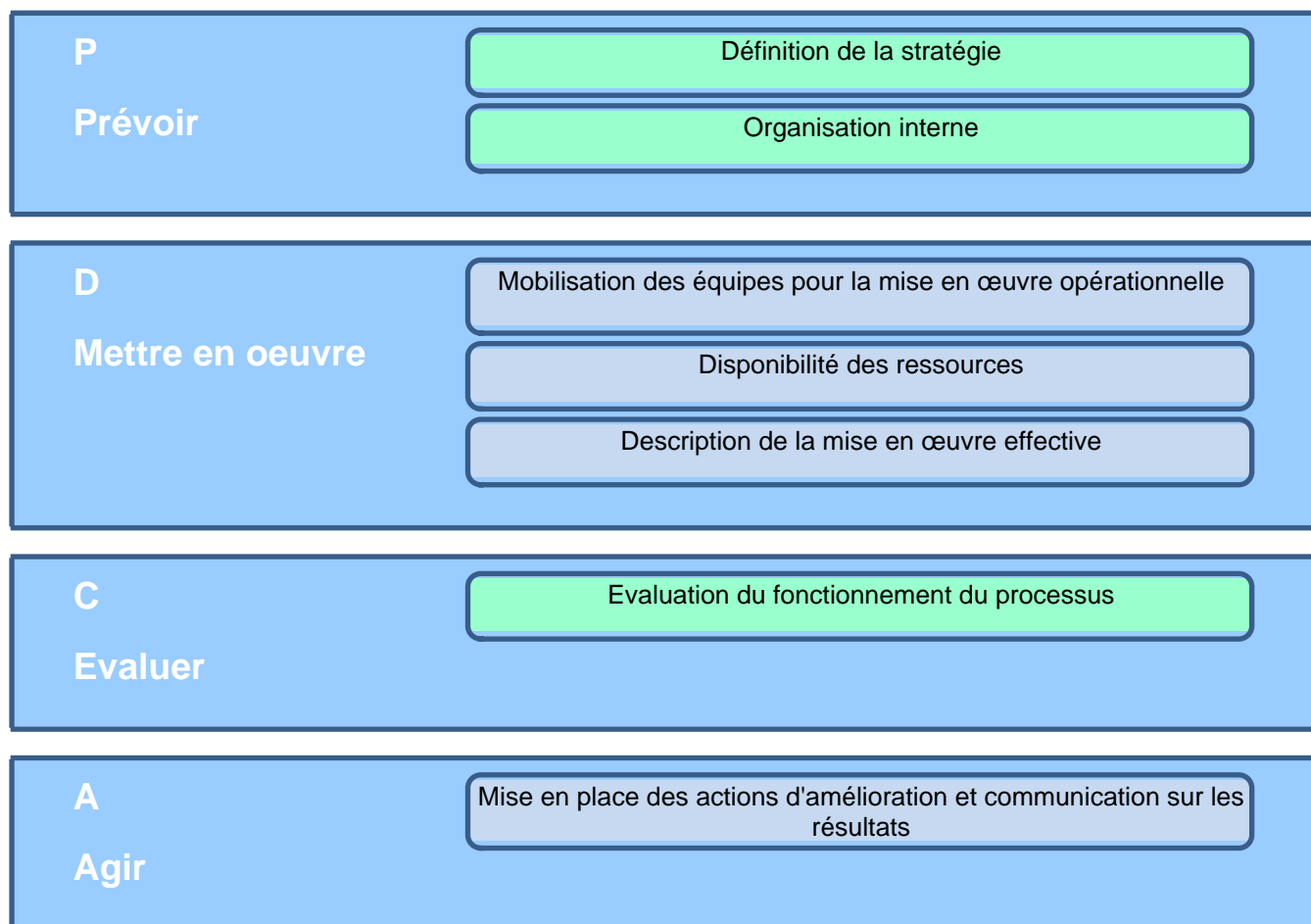
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les différents secteurs qui réalisent des actes de radiologie interventionnelle sont identifiés : une salle en secteur d'imagerie pour la rythmologie et la pose de cathéter, la salle du scanner pour des gestes biopsiques et le bloc opératoire avec 3 amplificateurs de brillance mobiles pour divers spécialités chirurgicales.

L'identification des besoins et l'analyse des risques intègrent les résultats des contrôles ASN , le suivi du CBUM et la structuration de l'activité du secteur interventionnel.

Les risques spécifiques sont rattachés aux processus d'activité prévalents qui ont été décrits. Ils sont hiérarchisés et suivis par les professionnels concernés par le secteur et des objectifs sont formalisés dans le compte qualité.

Cependant, le secteur d'activité n'a pas encore identifié tous ses processus à risques Une identification des risques est formalisée pour les 3 activités prévalentes en imagerie interventionnelle : pour les poses de "Picline", la rythmologie en cardiologie, les ponctions biopsiques sous scanner et sous échographie. La démarche de structuration de la gestion des risques est récente pour le secteur d'imagerie interventionnelle et pas encore finalisée. Les processus et donc les risques pour les autres actes ne sont pas identifiés (exemple : les ponctions biopsiques).

Un programme d'actions s'intègre au programme global et validé de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est défini et formalisé dans un document d'organisation institutionnel. Les règles de fonctionnement sont écrites.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels médicaux et non médicaux.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Des professionnels formés sont identifiés et dédiés aux secteurs d'imagerie interventionnelle (médecins, paramédicaux formés à la radio protection). Les matériels, les locaux, les équipements sont adaptés et la maintenance est assurée et suivi. Les procédures et protocoles sont rédigées pour les prises en charge avec les modalités de fonctionnement des secteurs et actes concernés.

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus dans les secteurs d'activité concernés. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La programmation des actes est organisée entre les différents services et professionnels impliqués.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés, le secteur d'imagerie interventionnelle organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'action opérationnels et spécifique à l'activité. L'implication des équipes des services est réelle autour de l'organisation, la formalisation et la diffusion des processus.

Les responsables du secteur s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures, protocoles, consignes. Le respect des mesures de protection contre les rayonnements ionisants est suivi par le physicien et les 2 professionnels compétents en radio protection. Des actions correctives sont mises en place avec les professionnels en cas de besoin, de dysfonctionnements, notamment en cas de relevé de dosimétrie anormale.

Les résultats des actions et des mesures prises sont communiqués aux équipes.

Un travail institutionnel sur le réajustement de l'information donnée au patient est en test. Des audits de suivi des actions et de processus sont prévus. Les tableaux de bord des indicateurs sont suivis et diffusés aux services impliqués.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels du secteur sont formés à la spécificité technique des actes. Les personnes dédiées à ces activités d'imagerie interventionnelle sont compétentes en radioprotection des travailleurs et des patients. Une cellule institutionnelle de radioprotection est en place. Les locaux et les équipements sont adaptés. Une salle du service d'imagerie est dédiée à l'activité en dehors des actes pratiqués au bloc opératoire. La documentation en lien avec le domaine est intégrée à la gestion documentaire informatisée et disponible dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues dans le descriptif du processus de fonctionnement. Les interfaces entre les services concernés (imagerie, cardiologie, bloc opératoires) sont opérationnelles. La traçabilité de l'activité et de la surveillance des risques est assurée : nombre de professionnels formés, zonage des lieux à risque, analyse des postes de travail exposés, dosimétrie patient et opérateurs, suivi de la maintenance des équipements. Le suivi et la traçabilité des dispositifs médicaux stériles implantables sont effectifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs de prévention du risque radiologique sont suivis pour les opérateurs et les patients (dose délivrée, dose reçue). Les événements indésirables sont déclarés sur la fiche institutionnelle le cas échéant. Un CREX commun est en place et opérationnel pour le secteur d'imagerie interventionnelle.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions de l'établissement. Les actions d'amélioration conduisent à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires pour les risques identifiés.

Les résultats et les propositions d'actions d'amélioration sont diffusées aux secteurs et professionnels concernés. Les services partenaires, d'aval sont intégrés dans la mise en place des corrections et des améliorations.

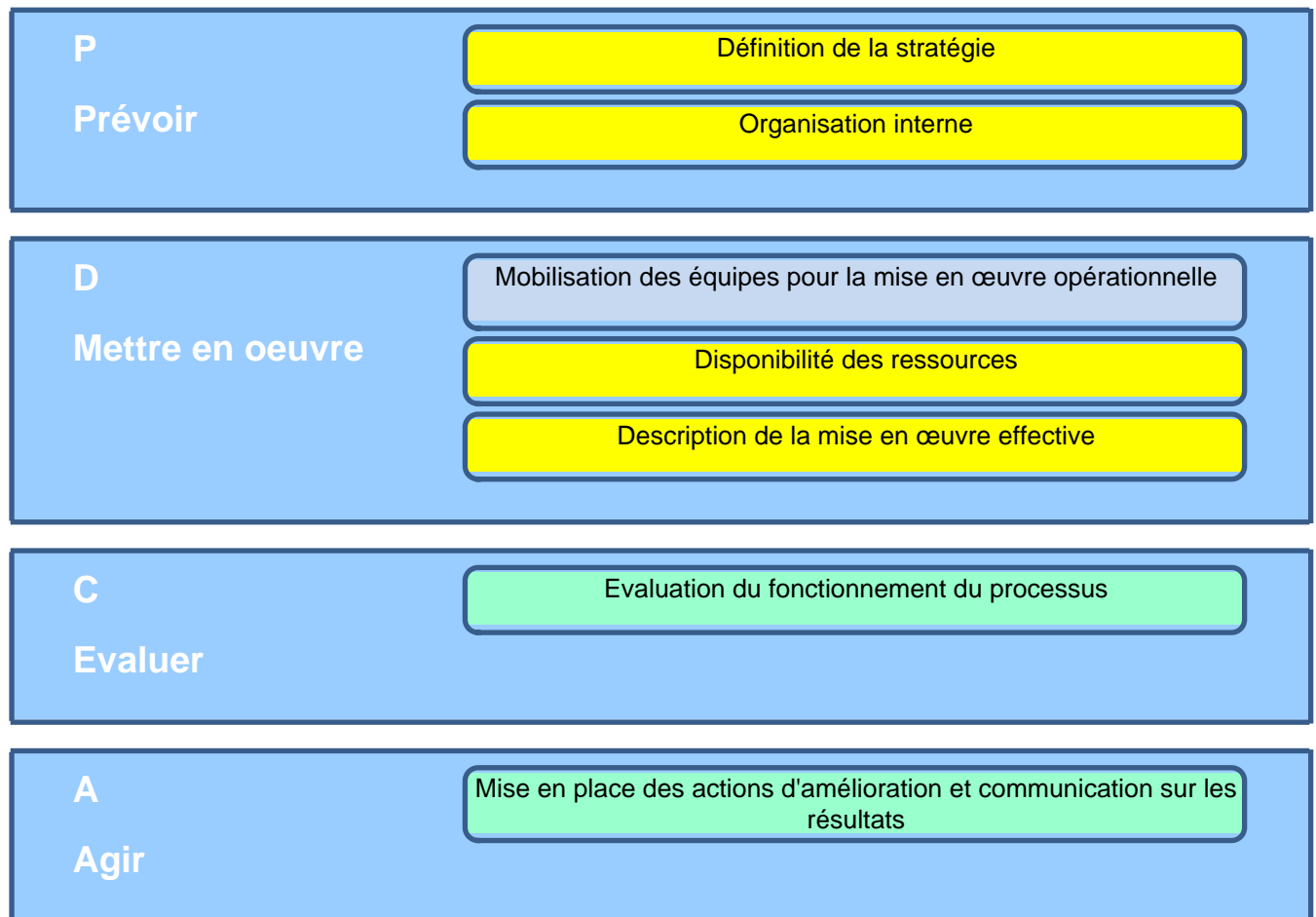
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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'endoscopie est répartie sur plusieurs pôles :

- Les endoscopies digestives et bronchiques ont été récemment rattachées au bloc opératoire, bénéficiant de son infrastructure et de son organisation. Elles regroupent les endoscopies réalisées en externe et les endoscopies réalisées au bloc opératoire sous anesthésie générale autour du système de traitement des endoscopes. Les endoscopies bronchiques et digestives peuvent être réalisées aux urgences, en réanimation ou au lit du malade.
- Les endoscopies ORL sont réalisées dans les services de consultation et les endoscopes sont transportés avec un système de transport approprié vers la salle de traitement digestive et bronchique.
- Les endoscopies urologiques sont réalisées dans les services de consultation et bénéficient d'une salle de traitement du matériel équipée et prenant en compte les risques professionnels.
- Les échographies cardiaques trans-oesophagiennes sont réalisées dans le service de Cardiologie et le traitement de la sonde d'échographie est réalisé dans une salle spécifique.

Pour les endoscopies digestives et bronchiques, il a été fait une cartographie des risques avec un programme d'actions préventives et de surveillance.

Cependant, il n'existe pas de politique institutionnelle commune à l'activité endoscopie. L'identification des besoins et l'analyse des risques n'ont été réalisées que pour les endoscopies digestives et bronchiques. Il n'existe pas d'objectifs et axes de travail généraux communs à l'ensemble des secteurs d'endoscopie et qui constitueraient le socle transversal d'un programme institutionnel d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Il existe une organisation qui prévoit la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires en endoscopie digestive, bronchique, urologique et ORL mais il n'existe pas de pilotage institutionnel structuré des secteurs d'endoscopie. Il n'existe pas d'organisation transversale à l'échelle de l'établissement, en particulier pour échographies cardiaques trans-oesophagiennes qui sont gérées à part (le traitement des endoscopes et la gestion des risques professionnels y sont différents des autres services). Le pilotage de chaque secteur d'endoscopie est sous la responsabilité d'un cadre différent et chaque spécialité a une organisation différente. Il n'y a pas d'organigramme formalisant les responsabilités en endoscopie ni de fiches de postes définissant le rôle et les responsabilités des professionnels concernés.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) en fonction des besoins, des risques et de la réglementation sont identifiées. Elles permettent d'organiser :

- la prise en charge des patients pour la réalisation de l'acte d'endoscopie (en programmé et en non programmé), y compris la prise en charge des complications éventuelles de l'endoscopie ;
- le nettoyage et la désinfection des endoscopes (et la traçabilité de ces opérations) pendant et en dehors des heures d'ouverture du secteur d'endoscopie, le secteur d'endoscopie participant à la permanence des soins.

La réalisation d'une endoscopie chez l'enfant est possible avec la présence de personnel médical et infirmier compétent dans le domaine de la technique endoscopique et de la présence d'un pédiatre.

La réalisation d'endoscopie en urgence en dehors des heures d'ouverture du secteur d'endoscopie, incluant la réalisation de l'acte et le nettoyage et la désinfection de l'endoscope est en grande partie organisée sauf en endoscopie bronchique n'est pas organisée. Lorsqu'il y a un examen en urgence à réaliser, le correspondant téléphone dans le service de pneumologie qui se charge de trouver un pneumologue disponible mais il n'y a pas de tableau de garde diffusé.

Des supports d'information des patients sont disponibles. Toutefois, la gestion des documents relatifs à l'endoscopie n'est pas structurée. Les documents qualité, en grande partie sur support papier, sont en cours de numérisation sur le système de gestion documentaire. Cependant, un nombre important de documents papier ne sont pas intégrés au système d'information hospitalier. Les documents de traçabilité du lavage des endoscopes sont stockés sous forme de rouleaux papier.

L'entretien et la maintenance préventive et curative des endoscopes et autres équipements sont confiés au service biomédical et aux fabricants. Des contrôles microbiologiques sont organisés. Les procédures, les résultats attendus des contrôles et la conduite à tenir sont définis.

Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes ainsi que leur traçabilité sont organisées, y compris en dehors des heures ouvrables du plateau. Le stockage des endoscopes est organisé et les procédures de mise à disposition (désinfection avant utilisation) sont établies de façon adaptée au mode de stockage. La gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée. Les risques professionnels sont identifiés et des actions de prévention organisées en relation avec la médecine du travail.

Il y a une organisation des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels. Les interfaces avec l'équipe de la gestion des risques de l'établissement, le réseau des vigilants, l'EOH et le CLIN sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.).

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin à partir de dysfonctionnements qui sont analysés lors des CREX mis en place récemment. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. En revanche, les locaux de traitement ne respectent pas tous les recommandations. Le traitement des sondes d'échographie trans-Oesophagienne est fait dans une salle spécifique, de petite taille, avec un équipement manuel. Le traitement de l'air de cette salle n'est pas adapté.

Les endoscopies digestives et bronchiques ont été récemment rattachées au bloc opératoire, ce qui nécessite une réorganisation des ressources humaines avec la formation des équipes qui assurent la permanence de soins. Les professionnels en poste sont en cours de formation au nettoyage et à la désinfection des endoscopes. Cependant, le traitement des endoscopes n'est pas toujours réalisé par du personnel formé. Le planning du personnel affecté au traitement des endoscopes ne prévoit pas systématiquement une personne formée lorsque les salles d'endoscopie sont en activité. Le planning de l'endoscopie des semaines précédant la visite ne permet pas d'identifier la personne affectée au traitement des endoscopes digestifs et bronchiques, chaque jour d'activité. Il n'est donc pas possible de vérifier si une personne formée est affectée à ce poste.

Des documents d'information élaborés par les professionnels sont mis à disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est assurée. La traçabilité est le plus souvent opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.). Cependant, la check-list d'endoscopie est inégalement renseignée. La traçabilité des actes et vérifications sur la check-list n'est pas exhaustive dans près d'un quart des cas. La plupart ont un archivage en papier.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). En plus des indicateurs obligatoires, l'établissement de santé a mis en place des indicateurs à partir de recueils manuels. Une EPP sur l'amélioration de la traçabilité des transmissions ciblées après un examen d'endoscopie digestive a été faite en 2011. Le recueil et l'analyse des événements indésirables est institutionnalisé avec implication des professionnels. L'organisation de CREX a été mise en place récemment.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus.

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés sur la prise en charge du patient en endoscopie afin de déterminer les mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

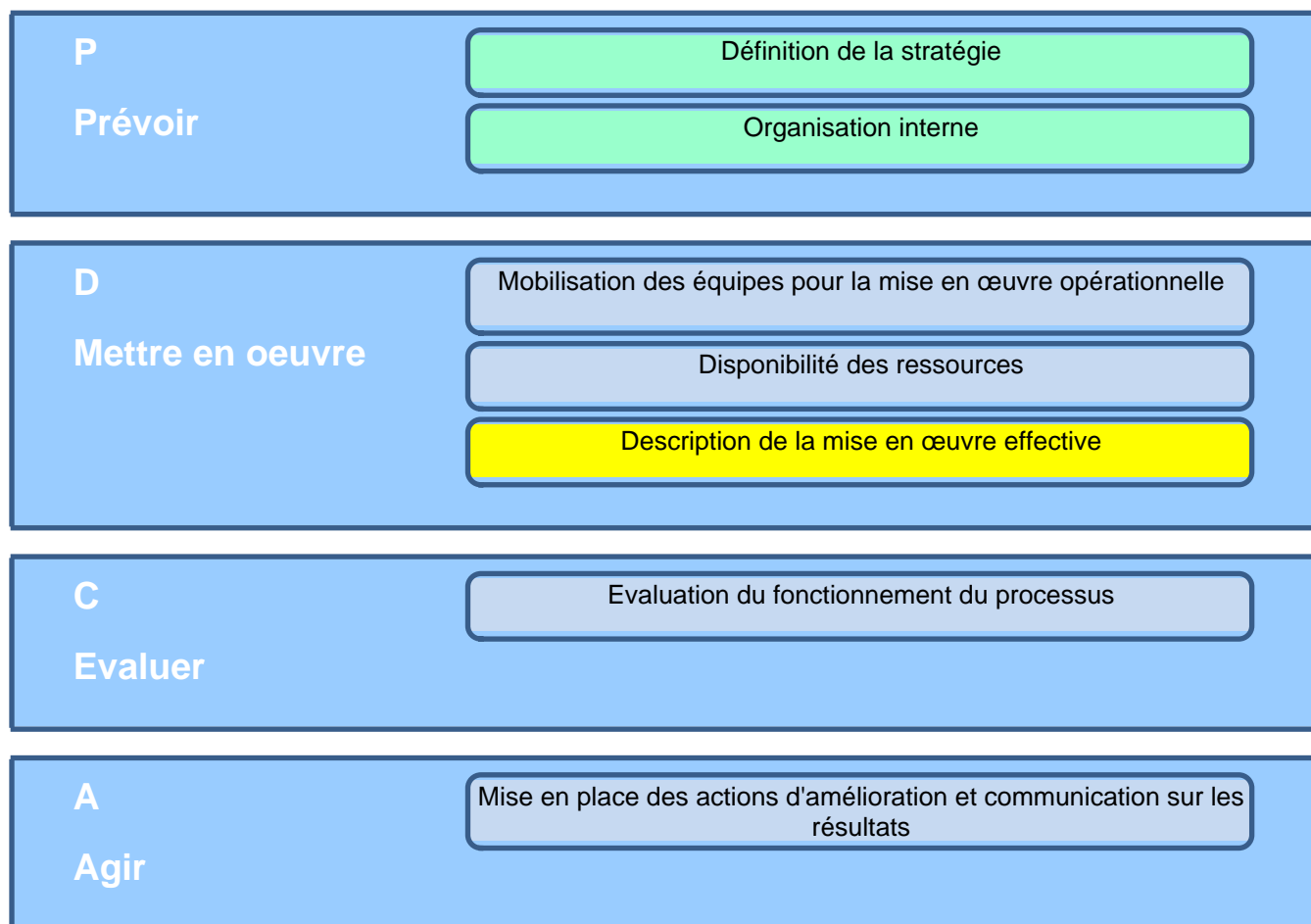
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les collaborations avec les autres établissements pour le recours et les autres partenaires du réseau régional et territorial sont formalisées. La démarche d'identification des risques et les programmes d'actions prioritaires définis en référence du processus sont inscrits dans le compte qualité. La cartographie des risques spécifiques à la prise en charge en salle de naissance a été réalisée par des sages-femmes sous forme d'une AMDEC fin 2013 avec un programme d'actions d'amélioration. Le programme s'appuie notamment sur les indicateurs nationaux IQSS de 2013 et tient compte des réclamations et de la satisfaction des usagers.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. En 2014, le pôle mère enfant a rédigé le règlement intérieur du secteur de naissance. Il décrit les différentes étapes de la prise en charge du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, en lien avec le niveau 2A de la maternité. Une sage-femme est référente du processus de naissance et des 4 salles s'y rattachant. Une autre sage-femme est en charge de la démarche qualité et gestion des risques sur l'ensemble du secteur. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en adéquation avec la typologie des prises en charge. La documentation (procédures, protocoles) est établie. Des protocoles définissent les conduites à tenir et les bonnes pratiques dans ce secteur d'activité. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activités (maternité, bloc opératoire, anesthésie, néonatalogie).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le secteur d'activités organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels et en lien avec sa cartographie des risques initiée. Cette déclinaison repose sur une concertation entre les professionnels : médecins, sage-femme, cadres, AS et ASH. Les plans d'actions s'y rapportant sont répartis par secteur d'activité et par outils sur le parcours de la parturiente : consultation, secteur d'examen clinique, salle de naissance, dossier, matériel, circuits... Des staffs sont organisés sur les suivis. Les dysfonctionnements sont identifiés et analysés en équipe (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Les résultats en sont communiqués aux équipes.

Des réunions spécifiques de secteur sont instaurées et s'adressent à l'ensemble des agents de l'équipe, ou à certains professionnels selon les sujets. Les comptes-rendus sont validés par le pôle et diffusés aux équipes. Les événements indésirables sont identifiés et déclarés. Un CREX est mis en place. Des RMM sont organisées par le réseau régional et en interne tous les deux mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés sur les différentes situations rencontrées, notamment pour les urgences. Les professionnels ont les compétences requises pour le secteur. Les professionnels sont formés aux situations spécifiques potentielles : des formations pluriannuelles avec exercices de simulation ou par e-learning sont organisées pour les AP, les sage-femmes, les IDE et puéricultrices.

La gestion documentaire est renseignée et accessible à tous. Les protocoles et processus spécifiques y sont décrits et actualisés selon les bonnes pratiques reconnues. Des check-list sont élaborées. L'ensemble est uniformisé à toutes les étapes de la prise en charge.

Les matériels, centrale de monitoring et matériels de surveillance divers sont adaptés et réajustés régulièrement selon les actions d'amélioration menées. Des chariots spécifiques aux étapes de la prise en charge ont été élaborés en équipe pour répondre aux risques a priori identifiés. Des professionnels sont identifiés comme référents matériels.

Les matériels de surveillance et de mesure ont été adaptés aux pratiques et aux organisations. Leur maintenance, suivi, sont tracés et contrôlés. Les différentes salles sont toutes organisées de la même manière.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings de permanences des professionnels sont à disposition des équipes. La programmation des salles de naissance est gérée et suivie.

Chaque étape de la prise en charge est réalisée selon la marche en avant de l'entrée, de la consultation à la salle de travail, de naissance, vers le sas de sortie vers le bloc et vers les services d'aval (maternité,

néonatalogie). Les interfaces sont opérationnelles pour les examens paracliniques, les prestataires, les autres services.

Les vérifications et le suivi des différents actes, entretien, désinfection sont assurés et tracés.

Cependant, les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont morcelés dans différents supports du dossier du patient. Les informations concernant l'accouchée se trouvent dans différents supports et non dans un dossier unique. Le dossier du patient en obstétrique est en effet constitué du dossier d'obstétrique commun à la Région, du dossier d'hospitalisation de l'établissement et du dossier papier de l'anesthésiste et des soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis par les secteur de naissance. Les indicateurs nationaux (IQSS) ainsi que d'autres sont identifiés et font l'objet de relevés annuels : délivrance, hémorragie en post-partum, surveillance minimale en salle de naissance, gestes endo-utérins, taux de césariennes, pertinence des césariennes programmées. Des évaluations hors protocoles sont réalisées. Des audits de pratiques sont organisés dans les différents secteurs d'activité du pôle et autour des différents métiers et fonctions.

D'autres indicateurs sont analysés pour identifier des actions correctives : nombre de formations, de décès, rythmes fœtaux analysés, consultations du 4^{ème} mois. Les indicateurs nationaux suivent une courbe évolutive positive.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions polaire et institutionnel.

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures de prévention ou correctives complémentaires. La cartographie des risques est ainsi réajustée. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne dans le pôle et au niveau du comité qualité comme en externe (avec partage d'informations sur le réseau régional) notamment auprès des professionnels et des usagers.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

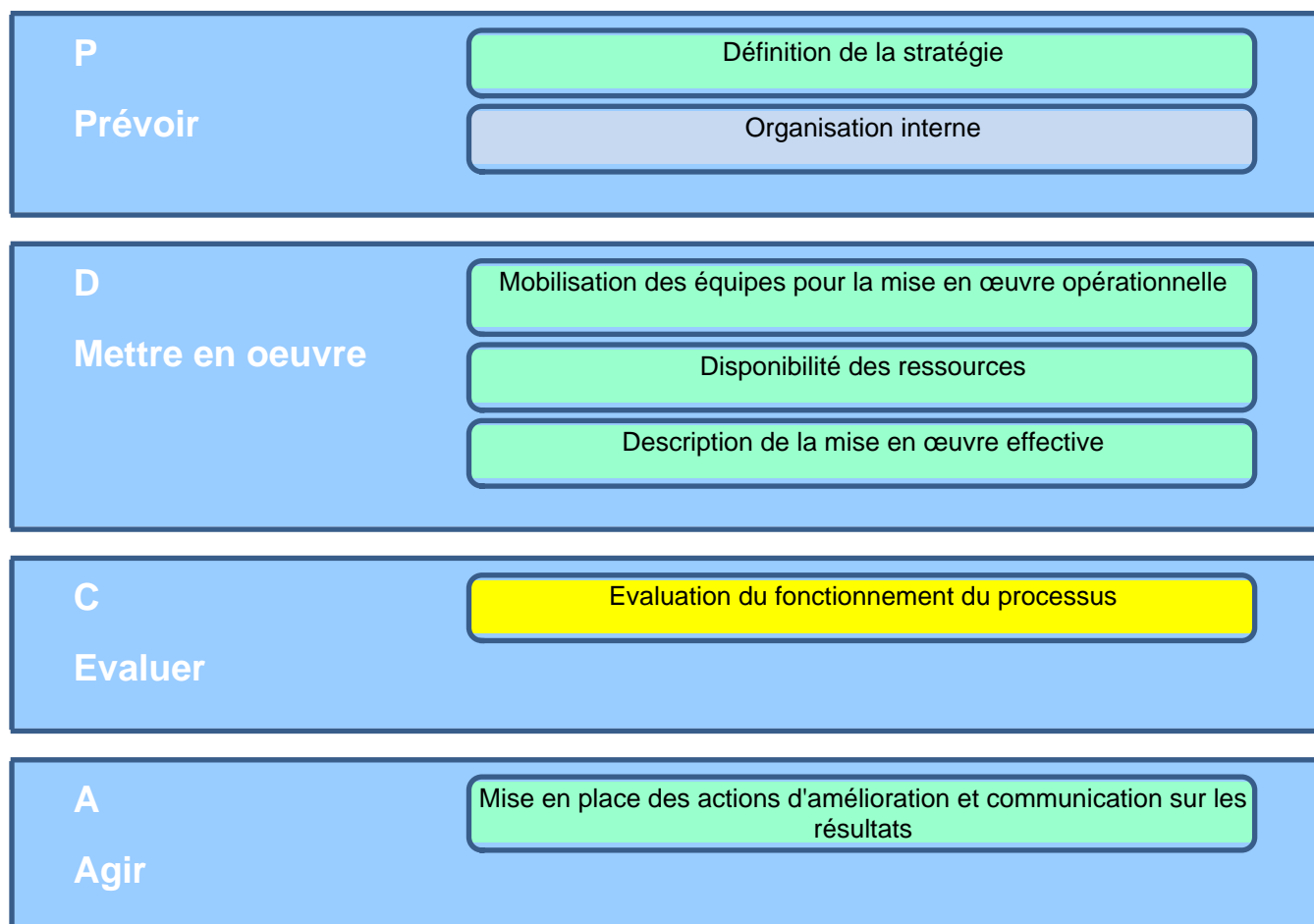
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une procédure a été élaborée en juin 2014 sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques.

Cette procédure identifie les besoins et définit le processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient fournis par un prestataire externe. Validée par les instances concernées, elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de l'approvisionnement et la gestion des matériels et produits délivrés aux patients hospitalisés en HAD par les prestataires extérieurs sont définies.

Les rôles et responsabilités de l'encadrement soignant, des services économiques, de la pharmacie ainsi que du prestataire retenu sont identifiés et formalisés dans la procédure de gestion des équipements logistiques.

Après validation de l'admission par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice est chargée de l'évaluation des besoins en produits et matériels nécessaire à la prise en charge. Ceux-ci sont identifiés sur une liste préétablie avec l'ensemble du matériel nécessaire et disponible auprès du prestataire extérieur (type de lit, fauteuil, environnement pour patient obèse, nutrition, oxygénothérapie...). Les modalités ainsi que les délais de mise en œuvre par le prestataire sont définis dans le marché de prestation élaboré et suivi par les services économiques. La fourniture de matériel ou produits relevant de la HAD de l'établissement est organisée (mise à disposition, entretien, reprise). Le transport et la fourniture des médicaments et dispositifs relevant de la PUI sont organisés dans une procédure.

Les matériels nécessaires à la prise en charge en HAD sont listés dans la procédure qui précise, notamment, le délai de mise en œuvre au domicile. Les risques au regard du patient sont identifiés et hiérarchisés, y compris les risques vitaux. Les conduites à tenir sont précisées ainsi que les modalités et délais d'intervention en cas de panne ou de défaut.

Un circuit "urgent" est identifié afin que la prise en charge soit effective lors de l'admission.

La collecte et l'évacuation des DASRI sont organisées et assurées par l'équipe soignante avant de rejoindre le circuit de l'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés, l'encadrement de l'HAD et les services économiques se sont organisés pour décliner la démarche institutionnelle formalisée dans une procédure de gestion de matériel. Cette déclinaison repose sur une concertation interne à l'établissement ainsi que du prestataire externe. Elle favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières dans le cadre du fonctionnement de l'HAD. Le cadre de santé responsable de l'HAD, ainsi que les services économiques pour ce qui les concerne, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans la procédures.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les IDE et AS de l'HAD ainsi que les services économiques disposent des ressources humaines, matérielles (dont locaux et équipements) et documentaire nécessaires pour assurer la gestion des matériels délivrés par le prestataire externe et l'établissement. Le dossier du patient identifie les matériels nécessaires à la prise en charge à domicile sous forme d'un listing que l'IDE a en charge de renseigner lors de l'admission.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité concernés (HAD, services économiques et PUI) mettent en œuvre les organisations prévues. Suite à l'évaluation du patient à l'admission, la fiche de liaison est remplie de façon systématique pour commander le matériel jugé nécessaire par l'infirmière coordonnatrice lors de l'entretien d'accueil.

Les interfaces entre secteurs concernés sont opérationnelles. Cette fiche, transmise au prestataire permet la livraison ainsi que la traçabilité de la prestation. Elle sert de justificatif et de contrôle pour la facturation au prestataire par les services économiques. Annexée à la procédure de juin 2014, elle est renseignée par l'infirmière en charge de la coordination de la prise en charge. Les éventuels prêts de petit matériel fourni à domicile par l'HAD sont également tracés par le service sur la fiche du patient remplie par le service.

Le patient et son entourage disposent des informations - au besoin sous forme de plaquettes d'utilisation - et sont informés des éventuelles actions à mener pour une utilisation optimale des équipements et dispositifs installés au domicile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation périodique n'est pas structuré sur le plan institutionnel.
Des évaluations ponctuelles ont été réalisées auprès des professionnels et des patients. Le questionnaire de sortie des patients d'HAD a été actualisé en 2014 pour tenir compte de la prestation extérieure. Le retour des questionnaires de sortie des patients d'HAD est encore faible mais en hausse.
La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile a fait l'objet d'un audit ponctuel réalisé de juin à décembre 2014 auprès des patients d'HAD.
L'exploitation du questionnaire de sortie comprenant les items sur la prestation extérieure n'est pas encore réalisée.

A / AGIR

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

Les décisions de la précédente certification ont conduit l'établissement à mettre en œuvre des actions d'amélioration et notamment à définir en 2014, des modalités de gestion des équipements logistiques et produits au domicile des patients de l'HAD. Cette réflexion, avec l'appui de l'équipe qualité, a associé l'ensemble des secteurs concernés et particulièrement l'équipe soignante d'HAD, les services économiques et la PUI. Ces actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.