



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

**10 avenue Général de Gaulle
03006 MOULINS**

JUIN 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	12

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

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

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE-SITE DE MOULINS	
Adresse	10 avenue general de gaulle 03006 Moulines
Département / région	ALLIER / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1001	GCS BLANCHISSERIE NIEVRE-ALLIER	21 route de gennetines Bp 23 03401 YZEURE
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
Entité juridique	030780092	CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE	10 avenue general de gaulle 03006 Moulines
Etablissement de santé	030785190	CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE SITE DE MOULINS	10 avenue general de gaulle 03006 Moulines
Etablissement de santé	030000061	CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE-SITE DE MOULINS	10 avenue general de gaulle 03006 Moulines
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 places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	79	/	8	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	33	/	/	/	/
MCO	Médecine	234	11	/	5798	3599
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	COFRAC: accréditation laboratoire COFRAC ARS : Unité de soins intensifs (réanimation) Unité de soins intensifs en cardiologie Soins palliatifs
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>GCS chirurgie carcinologique (sein, gynécologie, urologie) avec la polyclinique St Odilon</p> <p>GCS de cardiologie et de rythmologie interventionnelles avec le CH de Vichy</p> <p>GCS blanchisserie Nièvre Allier avec CH de Nevers, MAS d'Yzeure, CH de Bourbon l'Archambault et de Bourbon Lancy (ce dernier à quitter le GCS en 2013)</p> <p>Sous quelles modalités, avec qui ?</p> <p>GIE IRM. centre hospitalier de Moulins pour 50% et la société d'imagerie libérale de Moulins pour 50%</p> <p>CHT du Bourbonnais (CH Moulins Yzeure, Hôpital Cœur du Bourbonnais et CH de Bourbon l'Archambault)</p> <p>Convention de partenariat avec l'ENVOL (association regroupant diverses structures médicosociales en faveur des personnes handicapées adultes et enfants)</p> <p>Convention de coopération oncologique avec le centre Jean Perrin (63)</p> <p>GCS Oncorad (activité de radiothérapie) Centre Jean Perrin, Le Puy</p> <p>Groupement de commande des produits pharmaceutiques. Phar Auvergne</p> <p>Fédération des urgences</p> <p>Convention de réseau auvergne dans le cadre du prélèvement d'organes et de tissus</p> <p>Convention de prélèvements à des fins thérapeutiques avec la banque de tissus des HCL</p>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions	Création d'une UTEP depuis COMEX du 25/11/2009 (ARH) Autorisation de 4 programmes : <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. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

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.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

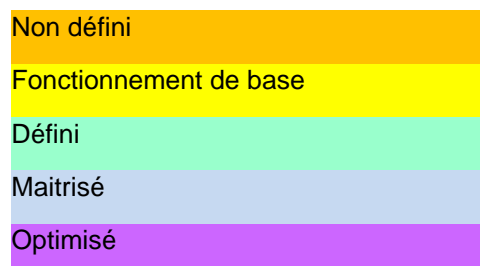
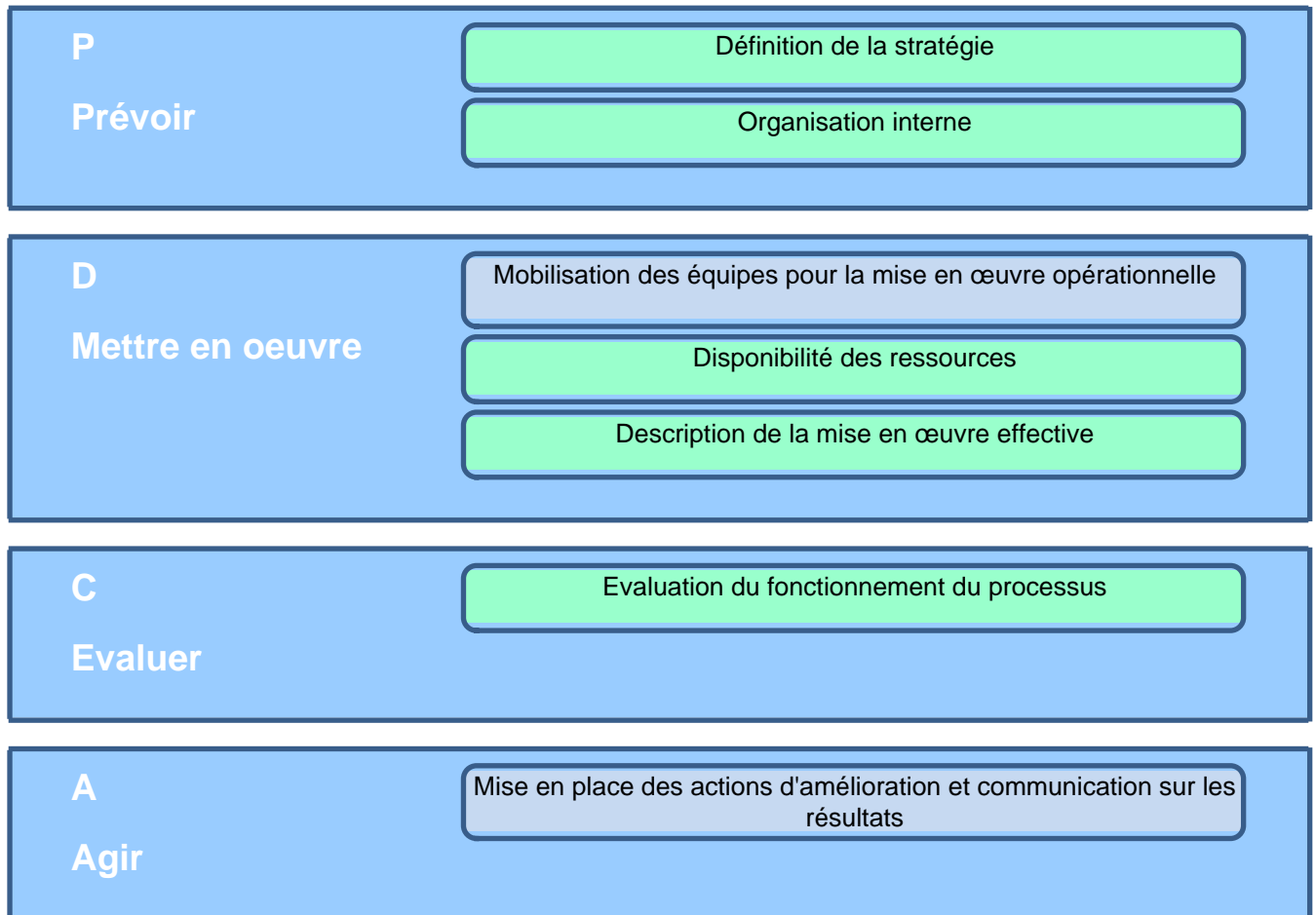
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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'activité d'endoscopie (4886 actes en 2015) est répartie sur plusieurs pôles et sur différents sites qui sont les suivants :

- Les endoscopies digestives et bronchiques rattachées et réalisées au bloc opératoire, bénéficiant de son infrastructure et de son organisation. Elles regroupent les endoscopies réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation classique sous ou sans anesthésie générale avec présence d'un local dédié au traitement des endoscopes. Les endoscopies bronchiques et digestives peuvent être réalisées aux urgences, en réanimation ou au lit du malade mais la réalisation au bloc opératoire est privilégiée.
- Les échographies cardiaques trans-oesophagiennes (ETO) réalisées dans le service de Cardiologie et dont le traitement des sondes d'échographie est réalisé au bloc opératoire avec un système de transport protégé approprié.
- Les endoscopies urologiques réalisées dans un service de consultation avec salles spécifiques équipées pour le geste et le traitement du matériel et prenant en compte les risques professionnels.
- Les endoscopies ORL réalisées dans un autre service de consultation avec salle de traitement spécifique. Suite au départ du praticien, l'établissement est en cours de recrutement sur ce secteur et à ce jour, il n'y a qu'une vacation par semaine de consultation d'ORL.

La politique qualité du secteur d'endoscopie est formalisée et a été validée en mars 2016 par le directeur de l'établissement, le président de la CME, le chef de pôle et responsable médical de gastroentérologie et médecin référent sur le secteur d'endoscopie, le directeur des soins et le directeur qualité coordonnateur des risques liés aux soins.

La politique déclinée a défini 5 objectifs prioritaires :

- Structurer le pilotage institutionnel des secteurs d'endoscopie,
- Structurer et optimiser l'organisation de la prise en charge des patients,
- Renforcer la gestion des risques,
- Sécuriser et améliorer la prise en charge des patients,
- Assurer les modalités de mise en œuvre et suivi.

Une cartographie des risques priorisée suivant la méthode AMDEC-HAS est en place pour l'ensemble du processus. Elle a été établie suivant une logique parcours patient, de la programmation ou suite à une urgence, avec ou sans anesthésie, en hospitalisation complète ou en ambulatoire jusqu'à la période post examen (traitement des endoscopes, fermeture de salle). Elle prend en compte les résultats des itérations de certification, le rapport d'inspection de l'ARS (juillet 2016) de l'activité de duodénoscopie interventionnelle, la réglementation dont les instructions de la DGOS du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux, les résultats des indicateurs de suivis, les déclarations des EI. Elle a été réalisée par une équipe pluri professionnelle, validée et diffusée aux instances. Les principaux risques et actions en adéquation sont repris dans le compte qualité et le programme d'actions préventives et de surveillance est en place.

Une cartographie des processus de prise en charge des patients en endoscopie a été réalisés en janvier 2016 déterminant le processus de pilotage, le processus de prise en charge dans une logique parcours patient (pré examen-préparation, réalisation, post examen) et les processus supports (management des ressources, hygiène, relation inter services, Gestion documentaire).

Les déclinaisons des processus de prise en charge endoscopiques ont été réalisées pour chaque type avec définition des responsabilités (qui, quoi, comment, identification du risque)

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel commun aux différents types d'endoscopies est en place ; un référent médical gastroentérologue validé en CME a été désigné et un cadre de santé responsable de l'assurance qualité en endoscopie ont été nommés et nommé en mars 2016 avec lettre de missions et responsabilités définies. Ils sont assistés par un comité rapproché composé du directeur qualité coordonnateur des risques liés aux soins, des cadres de santé/cadres supérieurs de santé des différents sites, d'un membre du CLIN (médecin ou IDE hygiéniste), de l'ingénieur biomédical et d'une IDE spécialisée. Les retours et remarques des praticiens réalisant les différents actes sont pris en compte. Des points sont régulièrement fait en CME.

Un organigramme formalisant les responsabilités en endoscopie avec fiches de postes définissant le rôle et les responsabilités a été établi.

Une organisation formalisée est en place comportant la déclinaison des différents processus suivant le type d'endoscopie, les responsabilités et les ressources ou support nécessaires (professionnels, matérielles et documents à disposition).

Toutes les procédures ou documents relatifs à ce processus sont inclus dans des classeurs sur les différents secteurs et sont en cours d'inclusion dans la GED institutionnelle. Une démarche qualité documentée et actualisée est en place et connue des professionnels. Des guides de traitement des endoscopes sont disponibles pour toutes les spécialités.

La coordination entre les différents secteurs a été actualisée lors de la mise en place des processus et la réorganisation des pratiques (liens consultation, secteur de soins, MAR, traitement des endoscopes, biomédicaux...) Les interfaces avec l'équipe de la gestion des risques de l'établissement, le réseau des vigilants, l'EOH et le CLIN sont organisées.

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

- 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 traitement 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.

Des référentiels d'encadrement de nouveaux professionnels affectés en endoscopie digestive, en urologie, en endoscopie bronchique et ETO avec cycle de formation, durée et validation ont été définis et la majorité des professionnels sont formés.

11 chemins cliniques ont été réalisés par type de geste pour l'endoscopie digestive, l'endoscopie bronchique avec cibles, données en unités d'endoscopie, surveillance à réaliser, résultats escomptés et argumentation.

Dans de très rares cas, la réalisation d'une endoscopie pédiatrique en urgence 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, mais les transferts vers le CHU en milieu spécialisé sont privilégiés.

Une liste des praticiens de garde ou d'astreinte opérationnelle est en place avec éventuel transfert organisé vers l'établissement relayeur le CHU de Clermont Ferrand (convention en place) en cas de difficultés (praticiens spécialistes postes vacants ou absents, cas spécifiques pédiatriques...). Les interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents professionnels internes et externes est en place.

L'entretien, la maintenance préventive et curative des endoscopes et autres équipements sont assurés par le service biomédical et/ou par le fabricant (choix d'une seule marque d'endoscope sur l'établissement où un contrat de maintenance est systématiquement signé. L'ensemble des actions est repris sur la GMAO. La mise sous séquestre fait l'objet d'une procédure.

Des contrôles microbiologiques sont organisés, et les procédures, les résultats attendus des contrôles, la conduite à tenir et la périodicité sont définis.

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.

Les risques professionnels sont identifiés et des actions de prévention organisées en relation avec la médecine du travail.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison terrain de la démarche institutionnelle pour la mise en œuvre opérationnelle est assurée par le management de proximité cadre supérieur de santé (inclus dans le comité rapproché), cadre responsable de l'assurance qualité en endoscopie (missions transversales) et par les praticiens réalisant les actes. Ceux-ci ont réalisé des formations à destination des professionnels expliquant les actes ainsi que les risques.

L'ensemble des équipes intervenant sur ce processus a été concerté et impliqué lors des formalisations de procédures, révision des organisations... et aussi lors d'informations régulières sur les avancées et travaux en cours.

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

La déclaration et la gestion des EI sont connues des professionnels, appliquées, et des actions correctives sont mises en place lors de dysfonctionnement, baisse de résultats d'indicateurs, constat.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. Les documents relatifs à l'endoscopie sont dans des classeurs sur supports papier (choix de l'établissement/ continuité des soins) et référencés suivant la GED institutionnelle. Les locaux de traitement des endoscopes respectent tous les recommandations de bonnes pratiques avec marche en avant et automates et les professionnels sont formés.

Des supports d'information des patients élaborés par les professionnels sont disponibles. Des Check- List « Sécurité du patient en endoscopie » ont été établies pour chaque spécialité.

L'EOH est associée aux achats des équipements. Un inventaire du parc d'endoscopes et des laveurs désinfecteurs avec code barre est en place avec traçabilité de la mise en service pour chaque endoscope et de toutes les maintenances préventives ou curatives réalisées.

Les professionnels mentionnés chaque jour sur le planning comme référents endoscopie en salle de traitement des endoscopes ont tous bénéficié de formations spécifiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les endoscopies digestives et bronchiques incluses dans le BO suivent l'ensemble de l'organisation définie au BO (vérification identité, check list sécurité HAS, coordination des programmations et des vacations et gestion du planning opératoire...).

Les ultimes vérifications sont aussi réalisées par les endoscopies urologiques et cardiaques avec traces dans le dossier du patient.

La recherche du risque ATNC est tracée au DP et systématisée sur un formulaire dédié.

Les différentes traçabilités du cycle de traitement des endoscopes sont réalisés tant dans le dossier du patient qu'en archives sur site. Un guide de traitement des sondes ETO a été mis en place en avril 2016 avec procédure d'acheminement des sondes ETO sur le site du BO.

Les contrôles microbiologiques font l'objet de procédures et 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) en lien avec les exigences : audits réglementaires et ceux identifiés par la cartographie des risques-plan d'action relative aux processus. En sus, un audit GREPHH Endoscopie a été réalisé en juillet 2016 avec données qualitatives et quantitatives.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont institutionnalisés avec implication des professionnels.

L'organisation de CREX et RMM est effective pour les EI graves ou presque accident.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En lien avec les recommandations émises, les audits menés, la réglementation, de nombreuses formalisations et procédures ont été réalisées concernant ce processus en y associant les professionnels de terrain et avec réorganisation de certains secteurs.

L'établissement a répondu à toutes les remarques relatives à l'audit ARS duodénoscopie en septembre 2016.

Des professionnels ont fait des visites sur site au CHU de Clermont-Ferrand avec formation, parangonnage et retour d'expériences.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels, des usagers, des instances de l'établissement.