



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER

JACQUES COEUR

145 avenue françois mitterand

Cs 30010

18020 BOURGES

OCTOBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
PARCOURS DU PATIENT	11
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	19
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	30

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 DE BOURGES - JACQUES COEUR	
Adresse	145 avenue françois mitterand 18020 BOURGES
Département / région	CHER / CENTRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	180000028	CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES - JACQUES COEUR	145 avenue françois mitterand Cs 30010 18020 BOURGES
Etablissement de santé	180005803	CH DE BOURGES - USLD	6 rue taillegrain 18020 Bourges
Etablissement de santé	180003287	CH DE BOURGES - SSR TAILLEGRAIN	6 rue taillegrain 18000 BOURGES
Etablissement de santé	180000010	CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES - JACQUES COEUR	145 avenue françois mitterand Cs 30010 18020 BOURGES
Etablissement de santé	180009177	CH DE BOURGES - SSR CHATEAU DU GADEAUX	145 avenue françois mitterand 18020 BOURGES

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	116	/	18	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	47	8	/	/	/
MCO	Médecine	336	18	/	11492	7527

SLD	SLD	60	/	/	/	/
SSR	SSR	125	18	/	/	/

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

Accréditation laboratoire COFRAC : entrée effective dans l'accréditation en mai 2013

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<p>Le CH participe à de nombreux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupement de coopération sanitaire dans le domaine de la Télésanté centre, du Réseau Oncocentre et des Achats du centre - Conventions : partage d'équipements lourds (médecine nucléaire, IRM, lithotriteur); conventions avec des établissements voisins publics et privés, du département ou des départements voisins, avec le CHU de Tours ; conventions avec le secteur libéral médical et para médical ; convention avec le SDIS, avec le secteur associatif, maison d'arrêt, croix rouge, EFS, conseil général, tribunal de grande instance, etc. - Partenariats : avec le centre hospitalier spécialisé du Cher - Réseaux départementaux : VIH, diabète, Oncoberry
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Management de la qualité et des risques

Droits des patients

Dossier patient

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

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
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

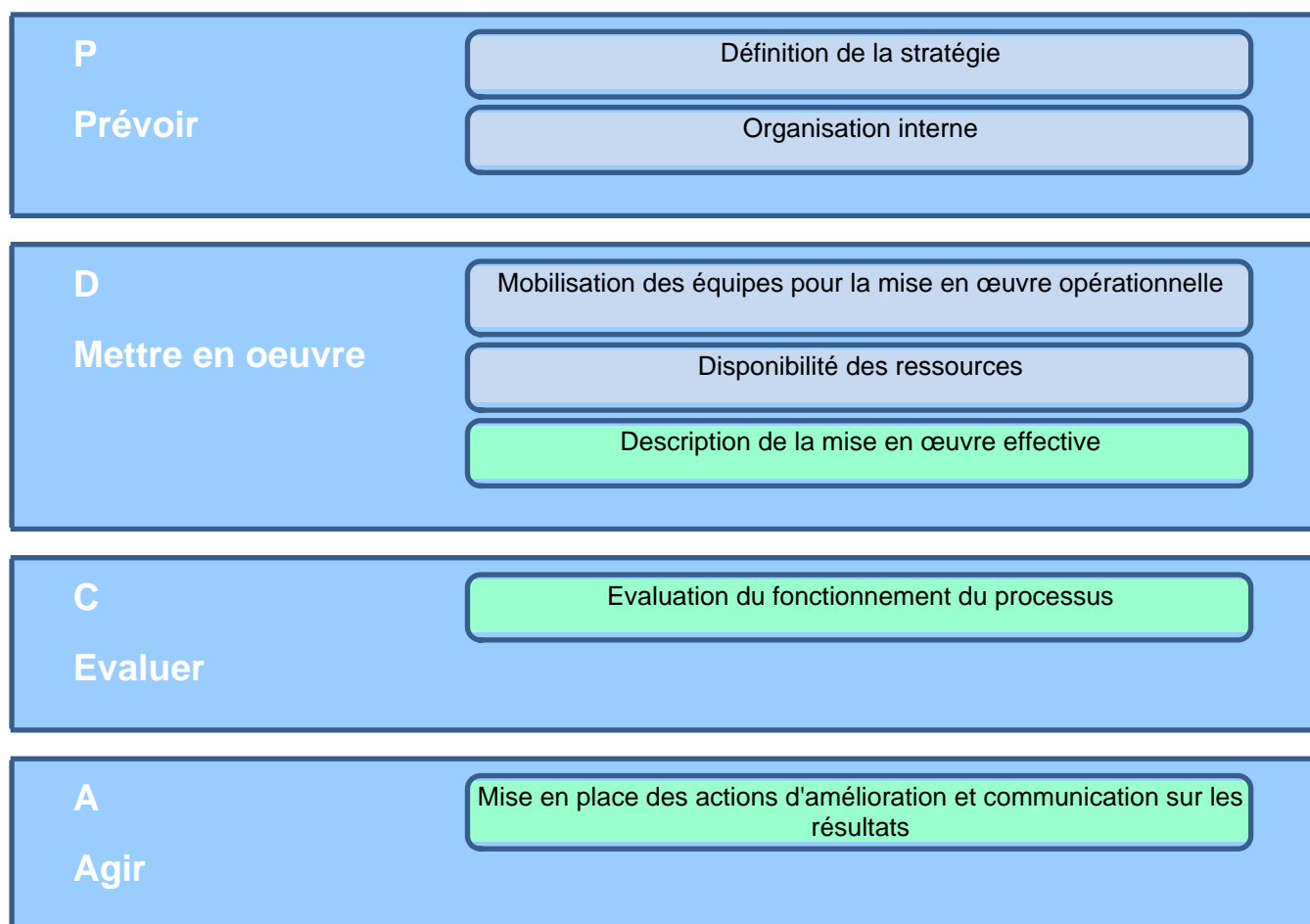
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique du parcours patient a été formalisée dans le projet d'établissement 2016/2020, intégrant la dimension du GHT, dont le CHJC est l'établissement support, et dont les objectifs sont construits notamment autour de l'optimisation de l'activité ambulatoire, l'ouverture sur le département, et l'organisation de la permanence des soins sur le territoire incluant le développement des relations avec la médecine de ville.

Elle découle d'un contexte socio démographique montrant une population significativement plus âgée que la moyenne nationale et une faible densité de médecins libéraux.

L'objectif est de concourir à une offre de soins graduée, de consolider les missions de recours et en particulier en matière de soins d'urgence, et de dynamiser l'offre en chirurgie.

Le raisonnement se décline par filières d'une part : gériatrie, cancérologie, neuro-vasculaire, cardiologie, endocrinologie, prise en charge femme-enfant..., par le déploiement de la couverture de l'HAD et par une recherche d'adaptation de l'organisation aux besoins des patients tant dans le cadre de l'accueil non programmé (filières d'admissions directes) que dans l'anticipation des scénarios d'aval, tout en s'attachant à un meilleur dépistage des populations à risque et vulnérables.

Il se concrétise physiquement par un rapprochement de secteurs d'activité pour renforcer les synergies internes avec le soutien du pôle médico-technique, et par le développement de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la recherche, associé au recours à la télémédecine en l'absence de ressources internes.

Ce projet innovant s'est également enrichi de la reconduction des actions non abouties du projet d'établissement précédent et a déjà bénéficié d'une évaluation à un an.

En externe, l'établissement s'inscrit dans le Groupement de coopération sanitaire dans le domaine de la Télésanté, dans les réseaux départementaux : VIH, diabète, Oncoberry.

Des conventions sont conclues pour le partage d'équipements lourds (médecine nucléaire, IRM, lithotriteur), et avec des établissements voisins publics et privés, du département ou des départements voisins, avec le CHU de Tours, avec le secteur libéral médical et para médical, et il existe un partenariat avec le centre hospitalier spécialisé en santé mentale du Cher (CH George Sand).

Des autorisations récentes complètent l'offre de soins : chirurgie thoracique et vasculaire, actes de rythmologie, rhumatologie, recrutement d'un médecin gastro-entérologue.

En outre, le CHJC est en direction commune avec un EHPAD de 620 lits (Bellevue), et la directrice du site de Taillegrain (SSR gériatrique et USLD) est conjointement en charge du pôle gériatrique du CHJC. Tous les secteurs du site gériatrique disposent également d'un CMP de référence.

Par ailleurs, la convention constitutive du GHT du Cher s'appuie sur un projet de soins partagé fondé sur la qualité et la sécurité des soins tout au long du parcours, le développement des compétences et le partage d'expertises, et l'innovation dans le domaine des pratiques professionnelles.

Des besoins et des risques sont identifiés, notamment dans le cadre de l'élaboration du compte qualité, de la construction d'un certain nombre de cartographies d'analyse de risques a priori et de différents audits. Ils intègrent les décisions de la précédente visite, les résultats des indicateurs.

Les objectifs d'amélioration portent sur :

- l'inadaptation de la prise en charge au handicap,
- l'absence de projet de soins formalisé,
- le défaut d'information des structures d'aval,
- l'absence de formalisation du parcours gradué,
- l'absence de détection du risque suicidaire.

Des plans d'actions sont associés.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions priorisé et géré en mode projet comportant des responsables, des objectifs, un échéancier et des modalités de suivi. Articulé avec le compte qualité, il est validé par les instances et en CME où il est régulièrement abordé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage stratégique du processus parcours patient est assuré par le président de la CME et la coordinatrice générale des soins. Le pilotage opérationnel est assuré par les trios de pôle, associant le chef de pôle, le cadre supérieur de pôle et le cadre administratif de pôle.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les fiches de mission sont formalisées, signées et tous les référents et/ou correspondants sont formés et légitimes auprès des équipes. Chaque UF dispose de responsables fonctionnels qui font partie du bureau de pôle.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources

humaines : des tableaux d'effectifs médicaux et non médicaux ainsi qu'une GPMC sont en place, des formations dispensées, de nombreuses conventions sont établies concernant les activités de recours (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, réanimation néonatale, ...).

Des règles de présence et un système d'astreinte permettent d'assurer la continuité des soins dans l'ensemble des secteurs. Les tableaux d'astreinte sont pourvus et la gestion des intérimaires, le plus souvent fidélisés, est organisée. Des solutions alternatives sont recherchées en cas de besoin, la régulation des activités est effectuée au quotidien avec de possibles déprogrammations, voire des fermetures de lits si la sécurité l'exige. Les solutions de repli et de redéploiement des effectifs sur les pôles sont opérationnelles.

Ces mesures sont débattues en directoire et suivies mensuellement.

Le service d'accueil d'urgences permet d'assurer la prise en charge des patients non programmés mais certains services les accueillent directement (gériatrie notamment). En cas de tension, si nécessaire, la deuxième ligne de SMUR est fermée et les SMUR de Saint-Amand et Vierzon sont mobilisés, avec l'accord de l'ARS. Il existe une possibilité de régulation libérale sur certains horaires ainsi que le recours à la Maison médicale de garde.

La formation continue et diplômante est performante. Les personnels sont polyvalents chaque fois que possible

Pour les intérimaires, une structure d'accueil est en place (livret d'accueil transmis en amont ainsi qu'un pack administratif). L'accompagnement est assuré ainsi que l'apprentissage aux outils informatiques. L'évaluation est réalisée par les chefs de service et transmise à l'agence.

Les locaux sont adaptés à l'activité, et la réflexion institutionnelle actuelle répond à une logique géographique compatible avec les parcours des patients : regroupement de la chirurgie sur un étage par exemple, réorganisation de la gynéco-maternité, ouverture d'un service de semaine...

La disponibilité des lits est suivie quatre fois par jour par un cadre dédié.

La direction est à l'écoute des besoins des services et donne suite aux projets argumentés et faisant valoir une plus value pour le confort des patients.

La mécanisation des transports génère des économies de déplacement des personnels : la manutention lourde (livraisons) est informatisée ainsi que la fonction brancardage, le transport des examens et des documents est assuré par valisettes et pneumatiques.

Il existe des plans de maintenance, travaux, achats, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements, le matériel est suivi par GMAO.

Une gestion documentaire électronique est en place intégrant les procédures définies et formalisées.

Les plans d'urgence sont formalisés et mis à jour.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité :

- En interne entre les secteurs cliniques, les secteurs médicotechniques (EOH, labo, imagerie, PUI, ...), les secteurs logistiques (linge, déchets, transports, eau, air...), et les secteurs administratifs (équipe QGDR, CRU, ...)

- Vers l'extérieur : télémédecine entre le site de Jacques Coeur et le site de Taillegrain, messagerie sécurisée avec les médecins libéraux, le DMP, réseaux d'EHPAD...), convention avec Nevers et avec Vierzon pour la stérilisation.

La convention avec l'EFS favorise la disponibilité des produits sanguins, le laboratoire est accrédité COFRAC depuis le mois d'avril 2017 et la liaison informatique est opérationnelle.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur : les ressources externes sont disponibles au sein du GHT, et auprès du CHU de Tours grâce encore notamment au développement de la télémédecine.

Cependant, l'organisation actuelle ne permet pas de fiabiliser l'identification des patients en USLD : l'établissement a fait le choix de ne pas mettre le bracelet aux patients hormis pour les consultations à l'extérieur ou s'ils présentent un risque particulier, mais il n'a pas défini d'autre moyen d'identification.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Des réponses adaptées aux besoins de la population sont proposées dans les projets de pôle accompagnés par la direction, la qualité et validés en CME. Chaque pôle décline un ou plusieurs projets :

- Urgences, avec une modification générale de l'organisation,...
- Chirurgie, avec la recherche de l'harmonisation des pratiques et le déploiement de l'ambulatoire,...
- Gériatrie, avec le recentrage autour du projet de vie et la réflexion autour des séjours prolongés,...
- Médecine A, avec l'organisation d'une hospitalisation de semaine et la diversification des activités,...
- Médecine B, avec un travail sur les flux, la restructuration de l'hémodialyse...
- Pôle Femme-Enfant, avec la restructuration des locaux et les démarches qualité...
- L'HAD, avec l'extension de la couverture sur le territoire, dont la chimio à domicile...
- Pôle médico-technique, avec le développement des coopérations...

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le

processus. Tous les trios de pôle sont formés à la conduite de projet, et des fiches projet comportant 10 items sont élaborées par secteur, validées par les différentes instances et partagées avec les professionnels concernés. La traçabilité des réunions est assurée, le suivi est semestriel et assorti d'indicateurs.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats, et notamment remise du livret d'accueil, évaluation initiale, risques suicidaires, douleur, IMC, consommation SHA, remise du questionnaire de sortie, conformités des demandes d'examen d'imagerie...

La politique institutionnelle valide le principe de l'autonomisation des pôles pour la mise en oeuvre de leurs évaluations et le suivi de leurs propres tableaux de bord.

L'omniprésence des cadres de proximité qui utilisent les temps de transmission et les réunions de pôle pour assurer la communication est un atout pour le management des équipes, et le relais est assuré sur le terrain par les nombreux personnels en charge de délégations officielles.

Les EI sont déclarés et analysés, les professionnels sont indépendants pour le signalement (charte de non punition) y compris en externe ; les pilotes sont formés à l'analyse ALARM.

Les professionnels sont conviés aux CREX de pôle et au CREX transversal, également alimentés par les réclamations à caractère médical et les questionnaires de satisfaction.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs...) : des tableaux de bord sont élaborés au niveau des pôles et un indicateur composite (sur 10 critères) cible les points de faiblesse et de force, intéressement à la clé dans cet établissement où les comptes sont à l'équilibre.

Les résultats des IQSS sont également présentés aux équipes.

Les RCP et les RMM sont organisées en oncologie, réanimation, anesthésie-chirurgie, infectiologie.

Le traitement des plaintes et des réclamations est assuré par les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris en dehors des heures ouvrables.

Toutes les ressources sont disponibles au sein des secteurs : rééducation, service social, diététicienne, praticiens et soignants spécialisés, dont une IDE psy aux urgences mise à disposition par convention.

Les spécialistes sont nombreux : référents plaies chroniques, référent stomathérapie, psycho-esthéticienne, sophrologue, addictologue, mais aussi correspondants/référents (hygiène, qualité, douleur, pharmacie, restauration, manutention, hémovigilance...) qui sont présents dans tous les services.

Des consultations : N/C, consultation pré-dialyse par une IDE deux fois par mois, téléconsultation de psychiatrie, consultation de greffe hépatique, et l'organisation de téléstaffs avec Tours pour le suivi des greffes, complètent le dispositif.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) intra hospitalière et l'équipe départementale extra hospitalière sont regroupées sur le CHJC.

Au SAU, les IDE sont formés à l'accueil des urgences et un médecin (MAO) est en poste.

Le recours aux bénévoles et aux associations (JALMLAV par exemple) est favorisé.

La formation continue répond aux besoins et aux attentes des professionnels. Les thématiques proposées, outre les formations réglementaires (incendie, prise en charge des urgences vitales, habilitations professionnelles et adaptation à l'emploi) concernent entre autres la prise en charge du patient et notamment des personnes vulnérables (personnes âgées : formation prise en charge patients Alzheimer, formation bientraitance, manutention des personnes fragiles), la consultation d'annonce, les soins palliatifs...

Des formations spécifiques sont accordées à l'encadrement et la recherche de la polyvalence au sein des pôles et une priorité en particulier dans les secteurs à compétences spécifiques (néphrologie et dialyse par exemple).

La participation à des congrès ("plaies et cicatrisation", ...) est encouragée.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les locaux sont adaptés aux prises en charge, la commission de sécurité a validé la hauteur des garde-corps et les fenêtres, bloquées ou verrouillables, sont suivies par la GMAO.

Des salons sont mis à disposition (pour les familles, dans le cadre des soins palliatifs mais aussi pour inciter les patients à quitter leur chambre).

Il existe 6 LISP en gériatrie et 6 en médecine, et un projet d'ouverture en 2019 de 11 lits d'USP.

En infectiologie et en pédiatrie, il existe des chambres d'isolement en cas de BMR et la cellule du SAU a été remise aux normes et contrôlée par l'ARS.

Une unité post-urgences de 10 lits est rattachée au pôle 3.

En gynéco-obstétrique, 4 lits "tampon" ont été créés pour s'adapter à la demande.

Dans les UF, les besoins en matériels spécifiques sont satisfaits (climatiseurs individuels, matériel "Game ready" pour accélérer la récupération, matelas anti-escarres...).

Le matériel d'urgence vitale est opérationnel (complet, cadencé et vérifié périodiquement), et disponible dans chaque secteur d'activité.

L'informatisation du brancardage permet de programmer les courses, et un effort d'équipement (utilisation de moyens ergonomiques pour transporter les lits, smartphones, douchettes pour vérifier l'identité) favorise la fluidité de la fonction transport.

Les équipements informatiques sont en quantité suffisante.
Les 2ème et 4ème niveau sont sécurisés, la commission de sécurité a validé la hauteur du garde corps et il n'y a pas de risque de basculement accidentel.
Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.
Le système d'information déployé est adapté aux besoins des prises en charge et des parcours de soins : logiciel spécialisé aux urgences, informatisation progressive du dossier (dossier de soins et plan de soins encore en cours).
Des documents (procédures, protocoles, fiche d'enregistrement) sont disponibles pour les professionnels et à disposition des patients (livret d'accueil, supports d'information).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'accueil du patient est réalisé selon les modalités définies par la remise du livret d'accueil, la présentation du service et des modalités de séjour.

L'adaptation aux besoins de la population se traduit aussi par des admissions en circuit court en fonction des lits disponibles (entrées directes via la consultation ou sur appel du médecin traitant), la création d'un secteur d'ophtalmologie indépendant, une réflexion sur l'échelonnement des entrées programmées.

L'accueil de l'entourage est organisé (logement des familles en unité de soins palliatifs, studios, chambres ou lit d'accompagnant à disposition).

En pédiatrie où l'intégration des parents est facilitée, des chambres sont disponibles et un secteur d'isolement est également identifié. Les dispositifs d'identification et anti-fugue sont en place ; la lutte contre la douleur est une priorité (sucettes de sucre, patchs, kalinox, tablettes de jeux). Un travail étroit avec les partenaires internes et externes (service social, psychologues, PMI, réseau, parcours GHT avec St Amand et Vierzon, CHU de Tours, mais aussi bénévoles, clowns...) permet d'encadrer en toute sécurité chaque étape de la prise en charge des enfants.

En gériatrie, le projet de vie est élaboré avec le résident et/ou sa famille dans le mois suivant son admission et au fur et à mesure de son adaptation. Il est réévalué tous les ans ou plus en cas de dégradation de l'état de santé. Cette démarche est un des axes du projet de pôle et s'inscrit dans le cadre des travaux partagés avec l'EHPAD de Bellevue.

En orthopédie, le programme "Rapid recovery" implique le patient et les soignants : contractualisation en amont de l'hospitalisation, stratégie anesthésique, projet avec le kiné pour anticiper matériel et type de rééducation.

En endocrinologie et en hématologie, les projets personnalisés de soins (PPS) sont signés par le patient et l'entourage est inclus dans la boucle.

Cependant, en dehors de ces services, la recherche de l'implication et de l'adhésion du patient et/ou de son entourage dans son projet de soin/projet de vie n'est pas tracée dans tous les secteurs. Des objectifs de soins sont formalisés dans le dossier médical et dans le dossier de soin mais il n'y a pas d'outil synthétisant cette stratégie. L'adhésion du patient n'est pas tracée, mais les refus figurent explicitement dans le dossier. Aucun document relatif au PPS n'est fourni aux patients. Cette carence a été identifiée par l'établissement qui a diligencé un groupe de travail sur ce thème.

Les évaluations douleur, identification du risque suicidaire sont réalisées par les personnels qui sont formés et peuvent si besoin faire appel aux professionnels compétents (IDE psychiatrique, EMS, CMP, ...). En cas d'urgence psychiatrique, le site de recours est le CH spécialisé George Sand.

Les personnels sont sensibilisés au dépistage des troubles nutritionnels, le CLAN assure une formation trois fois par an et le service de médecine projette la création d'une unité transversale de nutrition et d'éducation du patient.

L'identification du patient est effective : le bracelet est généralisé à tous les secteurs (à l'exception de l'USLD) et un nouveau modèle est en cours d'expérimentation. Il existe dans le dossier de soins une case à cocher relative à l'identification ; les brancardiers sont spécialement sensibilisés à la problématique et vérifient les étiquettes à l'aide de douchettes.

Les mesures de limitation de liberté sont prescrites. Des ETP sont développées dans les services (SSR cardio, SSR gériatrique, diabétologie, ...).

Les IDE formées à l'éducation thérapeutique assurent des plages de consultation.

Un groupe de parole a été créé dans le cadre de la stomathérapie.

Les plans d'urgence sont connus et mis en œuvre : exercices, affichage, alerte sur la page d'accueil de chaque poste informatique (plan canicule par exemple, avec prise de température des locaux bi-quotidienne et procédure d'hydratation).

Les demandes d'imagerie sont conformes.

Le laboratoire est accrédité COFRAC et assure entre autres le contrôle qualité pré analytique, dont la conformité des demandes, et les services sont progressivement connectés (déploiement finalisé en fin d'année 2017) pour que les renseignements cliniques apparaissent automatiquement sur la prescription argumentée par le médecin.

Les sorties sont organisées : les filières fonctionnent et les différents programmes : PRADO en maternité et en orthopédie avec projet d'extension en cardiologie, Rapid Recovery en chirurgie optimisent la réduction de la durée des séjours.

Le réseau concourt à la prise en charge d'aval : SSR, SLD, EHPAD, HAD et les demandes d'admission se font via Trajectoire.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (fiches de liaison entre services et bloc, centralisation du brancardage (suite à CREX)).
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, notamment en ce qui concerne l'articulation du MCO et du SSR. Aux urgences, un travail avec l'HDJ et le bloc permet d'assurer un traitement rapide des patients à opérer.
L'IDE animatrice de la filière AVC fait le lien entre la ville et les services et facilite l'admission dans les services de MPR.
Les EI sont déclarés et analysés.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Le suivi mensuel des matériels d'urgence est sous la responsabilité des équipes, il est effectif et tracé.
Toutes les réunions d'instances, staffs et des différents groupes de travail sont tracées (émargement, comptes-rendus diffusés) et la synergie entre les différents pôles est assurée grâce à la présence des directions et de l'encadrement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité, etc.). L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés au moyen des indicateurs nationaux :

- Les indicateurs Hôpital numérique, dont les trois quarts des valeurs cibles sont atteints en 2016 ;
- Les IQSS : AVC, OBE, HPP, DIA, DPA (MCO-SSR-HAD), Douleur, DTN, TRE DAN, RCP dont les résultats font l'objet d'un bilan comparatif annuel, d'une publication et de la mise en oeuvre d'actions d'amélioration lorsque les valeurs seuils ne sont pas atteintes ;

Et par l'analyse des risques et identification des besoins du compte qualité.
D'autres indicateurs sont choisis par l'établissement : par exemple en termes d'activité, le système de recensement des AVC est réalisable via le 15, le suivi des DMS est réalisé par la commission ad hoc...
Différents audits et évaluations sont menés au sein des pôles, des EPP pérennes concernent le risque d'escarres, l'AVC, les troubles nutritionnels, la conformité des traitements de sortie...

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des actions d'amélioration correspondant aux risques et besoins identifiés dans le compte qualité sont conduites en lien avec les résultats d'évaluation. Une analyse est menée pour identifier les freins aux actions non abouties (ambition surdimensionnée, perte de pilote, actions "en tiroir"....) et les reprogrammer.
Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le journal interne concourt à la diffusion des informations ainsi que la publication des indicateurs ; les bilans sont affichés, présentés en CDU et chaque année en réunion d'encadrement
La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers par le biais de nombreuses réunions institutionnelles : instances mais aussi groupes de travail avec déclinaison de l'information dans les secteurs de soins où se tiennent aussi des réunions d'équipe pluridisciplinaire régulières.

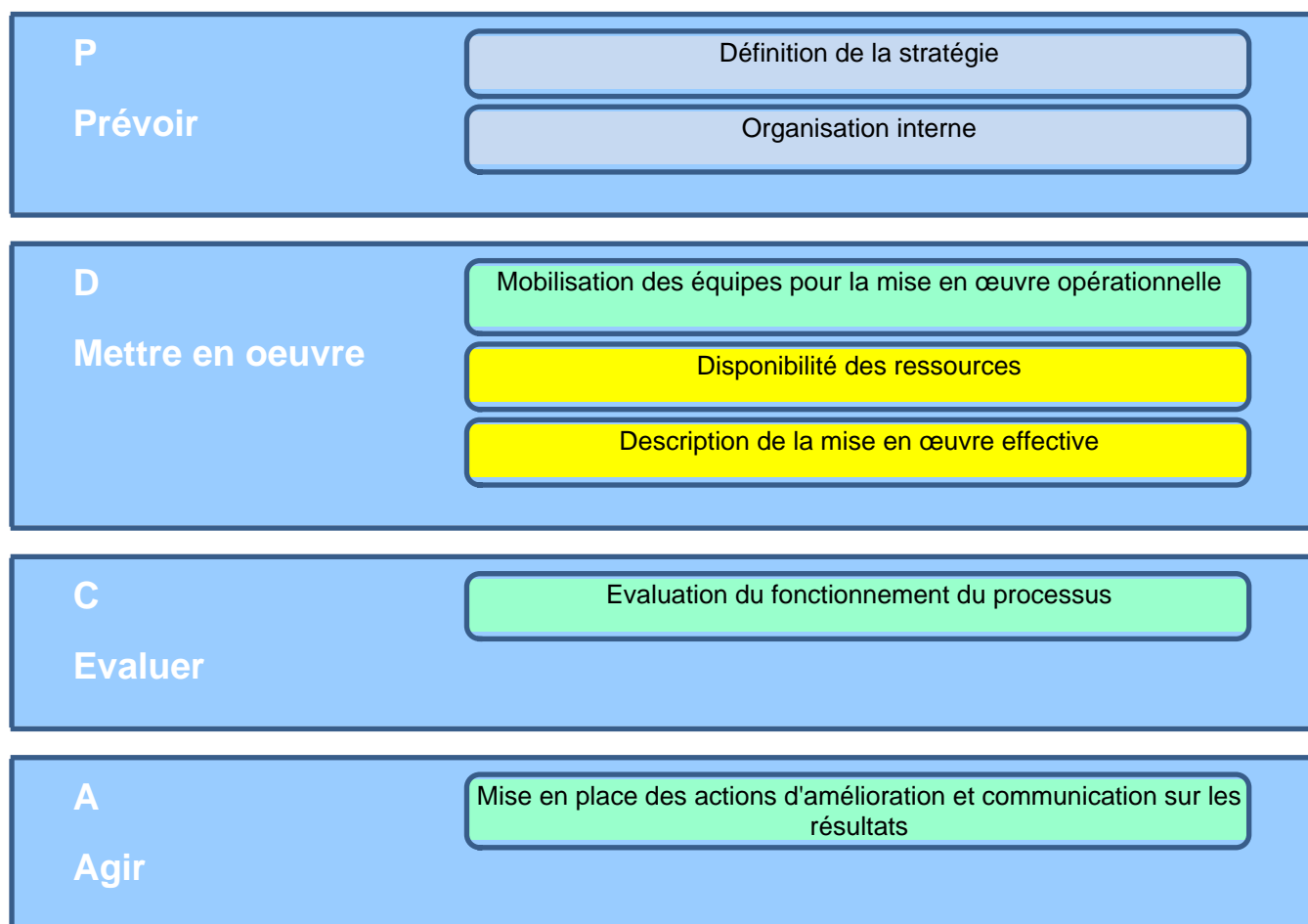
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité spécifique de la prise en charge médicamenteuse (PECM) constitue un des axes majeurs de la politique de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

Un des engagements du projet d'établissement 2016/2020 cible la conciliation médicamenteuse et le bon usage des antibiotiques.

Il existe un groupe pharmacie au niveau du GHT et les professionnels sont impliqués dans les travaux de l'OMÉDIT. Le CHJC est inscrit dans la démarche régionale de sécurisation des anticancéreux oraux.

La stratégie s'appuie sur la réglementation et recommandations en la matière et le guide de Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière, et intègre les dispositions relatives à la prise en charge spécifique de la personne âgée.

Elle est élaborée sur la base d'une identification des besoins et à partir d'une cartographie réalisée en employant la méthode d'analyse des risques a priori (APR) initiée en 2015 et mise à jour en 2017 incluant les risques induits par l'informatisation. Elle prend en compte les actions du CBUM et de la certification V2014, les résultats des indicateurs.

Elle comporte cinq objectifs précis d'amélioration et de réduction des risques, qui sont la lutte contre :

- La prescription inappropriée chez le sujet âgé,
- L'administration différente de la prescription,
- la prescription non réalisée,
- Le stockage inapproprié dans les unités,
- L'enregistrement d'une administration non réalisée.

Ces risques ont été retenus dans le compte qualité articulé avec le PAQSS.

La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Des plans d'actions sont associés et comportent chacun un responsable, un échéancier et des indicateurs. Ils sont déclinés dans un programme suivi par les instances.

Outre le suivi de ces plans, les points de vigilances prioritaires dévolus au COPIL et à la COMEDIMS sont le rapport d'étape et la planification des audits.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus de la prise en charge médicamenteuse (PECM). Le pilote, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, est aussi le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Ses rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission qui indique le temps alloué (0.15 ETP). Les rôles et responsabilités des autres acteurs sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. D'une manière générale, toutes les autorités et délégations sont formalisées, et la liste des prescripteurs autorisés est à jour.

Par ailleurs, un COPIL a été créé, réunissant quatre fois dans l'année l'ensemble des responsables de la thématique. Ce COPIL est force de proposition.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus. L'équipe de la pharmacie à usage intérieur (PUI) est en place et les effectifs sont suffisants en nombre et en qualité pour assurer la mission y compris la reconstitution des cytostatiques.

La permanence pharmaceutique est organisée (tableau en ligne), comprenant les astreintes de sécurité et opérationnelles pour les urgences. Il existe une procédure de dépannage interne et des conventions avec les officines.

Les référents pharmacie de chaque service (80 personnes) bénéficient d'une journée complète de formation externalisée.

Des formations sont organisées sur la iatrogénie et sur les erreurs médicamenteuses. Des formations à la déclaration des événements indésirables et à la méthode de CREX sont proposées aux professionnels, inclus nouveaux arrivants et intérimaires.

L'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles nécessaires. La dotation est globale, dimensionnée en fonction des consommations et revue annuellement, idem pour l'HAD.

Les locaux de la PUI sont actuellement sous-dimensionnés pour l'installation de postes de cueillette, leur extension est budgétée dans le projet architectural et l'acquisition d'un robot destiné à la DIN est prévue pour s'adapter aux besoins du CHJC/Taillegrain, mais également à d'autres établissements du GHT.

Les locaux sont sécurisés, accessibles aux seuls professionnels habilités.

La gestion des fluides est organisée et le stockage sécurisé dans les services.

La rétrocession est assurée, l'acheminement des commandes et des livraisons est robotisé à l'exception de la délivrance des chimiothérapies qui sont récupérées par des professionnels formés.

Les alertes sont relayées et tracées.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires sont disponibles, le manuel qualité est rédigé. La PECM est partout informatisée à l'exception de l'HAD et de la réanimation où un support unique de prescription/administration a été validé.

Tous les documents et protocoles utiles sont rédigés, dont le livret thérapeutique où figure la liste des médicaments à risque.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La desserte vers le site Taillegrain est organisée et tracée : la livraison est quotidienne via le vagemestre et les besoins urgents acheminés par l'ambulance du SAMU.

L'UCSA bénéficie également d'une livraison quotidienne et les rotations sont plus fréquentes pour l'HAD.

L'établissement participe à un groupement d'achat pour les produits de santé et les dispositifs médicaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et sont retrouvés dans le compte qualité.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Lors d'échanges au cours des réunions mensuelles, et par l'intervention des préparateurs et des pharmaciens dans les services.

Les professionnels sont entraînés à la déclaration des EI liés au circuit du médicament : en 2016, 60 EI ont été traités et 27 sont suivis par des plans d'actions systématiquement entrepris dès que la gravité est cotée 4.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par l'organisation d'audits et d'évaluations périodiques, et informent les professionnels de leurs résultats, par ailleurs disponibles sur Intranet.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs...) et les équipes sont invitées à participer aux CREX de pôles et aux CREX transversales abordant régulièrement la thématique du médicament.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont suffisantes et le personnel est formé, notamment pour la préparation des chimiothérapies.

Il existe un référent pharmacie par UF, ils sont formés à la démarche de Comité de Retour d'Expérience (CREX).

Les professionnels sont formés à la iatrogénie et au risque d'erreur médicamenteuse, à l'analyse des causes, la règle des 5B est généralisée.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La PUI en l'état actuel permet le stockage des produits de santé dans de bonnes conditions. Il existe au sein de la PUI une unité de reconstitution des cytostatiques qui génère 8000 préparations à l'année. Son fonctionnement est conforme aux bonnes pratiques. Deux isolateurs distincts permettent la préparation des anticorps monoclonaux et des collyres. Le logiciel dédié à la chimiothérapie intègre l'ensemble du plan de traitement.

Les matériels de protection sont en place. Des coursières assurent le transport des poches mais aussi des médicaments thermo-sensibles.

Les chambres froides sont reliées à une alarme, les stupéfiants sont dans un coffre inviolable.

La rétrocession assure la délivrance d'environ 20 traitements par jour, un personnel est dévolu à la réception des patients pour gérer leur demande dans les meilleures conditions de confidentialité, les locaux ne permettant pas encore un accueil individualisé.

Les chariots sont identiques en MCO et SSR mais ils ne sont pas sécurisés : lors de la distribution des médicaments, les chariots restent à l'extérieur de la chambre mais les tiroirs contenant les piluliers sont accessibles, de même que les plateaux de distribution restant sur le chariot de SLD. Le problème a été identifié et des commandes de nouveaux matériels sont prévues.

Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

L'établissement dispose d'un logiciel spécifique de gestion documentaire et plus de 1400 postes permettent une consultation des documents et la prescription connectée, sauf en HAD (la persistance de zones "blanches" en région reste un facteur limitant).

L'ensemble des protocoles de chimiothérapie sont rassemblés dans un Thésaurus.

Une procédure sur les règles de gestion de la prise en charge médicamenteuse est disponible en ligne, de même que le guide de bonnes pratiques de la prescription et de la traçabilité de l'administration, la procédure de gestion du traitement personnel et pour la continuité du traitement à la sortie du patient...

La liste des médicaments à risque a été établie à partir des never events, avec l'adhésion de la communauté médicale, ainsi que la liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée et la liste d'antibiotiques ciblés à délivrance nominative individuelle.

Les praticiens disposent d'outils d'aide à la prescription (base Claude Bernard, Vidal) ainsi que des avis dispensés par les pharmaciens. Ils sont destinataires des référentiels nationaux et des différentes

recommandations (HAS, ANSM, INCa).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. L'organisation en place permet au patient hospitalisé de bénéficier de son traitement médicamenteux de l'entrée à sa sortie. La problématique de la gestion du traitement personnel a fait l'objet d'une attention particulière avec rappels au sein des instances et des réunions de pôles.

Les prescriptions médicales des médicaments sont conformes aux exigences que ce soit sur support informatique ou sur support papier.

L'analyse pharmaceutique est réalisée dans tous les secteurs informatisés avec une validation de toutes les lignes de niveau 1 et une extension programmée vers le niveau 2. Elle est réalisée pour le pôle Femme-enfant en cas de commande d'un médicament hors dotation.

La réflexion est avancée pour la conciliation médicamenteuse, notamment la typologie des patients à cibler, les personnels sont formés et le contact est pris avec le CHU de Tours. L'absence d'internes en pharmacie représente actuellement le principal frein à la mise en œuvre.

Une expérimentation de DIN s'engage sur 20 lits de gériatrie.

Les règles de gestion, stockage et transport des médicaments respectent les bonnes pratiques. Le suivi des armoires est réalisé par les préparateurs référents. Les salles de soins et les pharmacies sont fermées, les médicaments thermo-sensibles conservés dans des réfrigérateurs adaptés, les stupéfiants dans des coffres sécurisés.

Cependant, l'identification des médicaments à risque n'est pas réalisée dans les pharmacies des UF, les médicaments sont rangés en DCI et par ordre alphabétique mais aucun signe ne distingue les médicaments à risque définis dans le livret, il existe en particulier dans certains secteurs une proximité immédiate entre le potassium et les autres électrolytes, et certains tiroirs contiennent différents dosages d'un même médicament. L'établissement a inscrit cette action dans ses objectifs à court terme et une pharmacie "pilote" est cours d'expérimentation en médecine polyvalente et en HAD.

Les piluliers sont préparés par les IDE de nuit, ce qui permet le double contrôle lors de l'administration, et tous les médicaments sont identifiables jusqu'au moment de la prise.

Les professionnels informent les patients lors de l'implantation de DMI, et de manière générale dans les secteurs dans lesquels l'éducation thérapeutique est développée, mais l'information sur le bon usage des médicaments n'est pas documentée dans toutes les UF, elle est assurée le plus souvent oralement et n'est pas tracée.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont performantes, notamment entre les sites de Jacques Coeur et de Taillegrain.

Les interfaces informatiques entre les différents logiciels sont opérationnelles et sinon un double équipement permet la visibilité sur les différentes informations (dossier patient, résultats de laboratoire, traçabilité des DM, chimios...).

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. L'administration des médicaments est validée par l'IDE au moment de la prise, tant sur le support informatisé que sur les plans de soins "papier".

La température et l'entretien des réfrigérateurs sont tracés.

Les DM sont suivis, la traçabilité des DMI et des médicaments dérivés du sang est totale.

Le COMEDIMS est opérationnel. A la PUI, des réunions d'équipe se tiennent deux fois par semaine, elles sont tracées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation de la prise en charge médicamenteuse a été réalisée à l'aide l'outil ARCHIMED. Les contrats de pôle préconisent le suivi annuel du taux de conformité de la vérification des armoires à pharmacie.

Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé, le service qualité est chargé de les analyser et les transmettent aux pharmaciens pour avis.

Des EPP sont mises en œuvre et concernent notamment l'analyse des risques liés au médicament chez les patients âgés. Des audits de conformité prescription/administration sont menés depuis 2013 ainsi que des audits cliniques ciblés sur la traçabilité des réfrigérateurs, la culture sécurité, la sécurité de la prise en charge médicamenteuse :

- Conformité des voies d'administration,
- Conformité des piluliers,
- Conformité des stockages,
- Conformité des pratiques....

Les résultats sont analysés globalement et par les tableaux de bord des pôles.

Le CBUM est évalué via le rapport d'étape 2016.

L'avis des patients est recherché et montre un taux de satisfaction significatif.

Les résultats des IQSS sont suivis, analysés, et le dernier recueil indique qu'ils ont tous atteint le niveau

cible dans tous les secteurs.

A / AGIR

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

Des révisions et ajustements de stratégie et d'objectifs ont été réalisés en intégrant les résultats de la visite de certification initiale V2014 et des constats faits par les experts-visiteurs.

Les actions d'amélioration suite aux évaluations, CREX ou à l'analyse des EI, et les éventuelles mesures complémentaires sont programmés et mis en œuvre de manière coordonnée et structurée avec les professionnels et intervenants concernés. Ils sont intégrés dans le nouveau compte qualité et articulés avec le PAQSS 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 par le biais des instances, via les comptes-rendus et par le journal interne "Hôpital infos"..

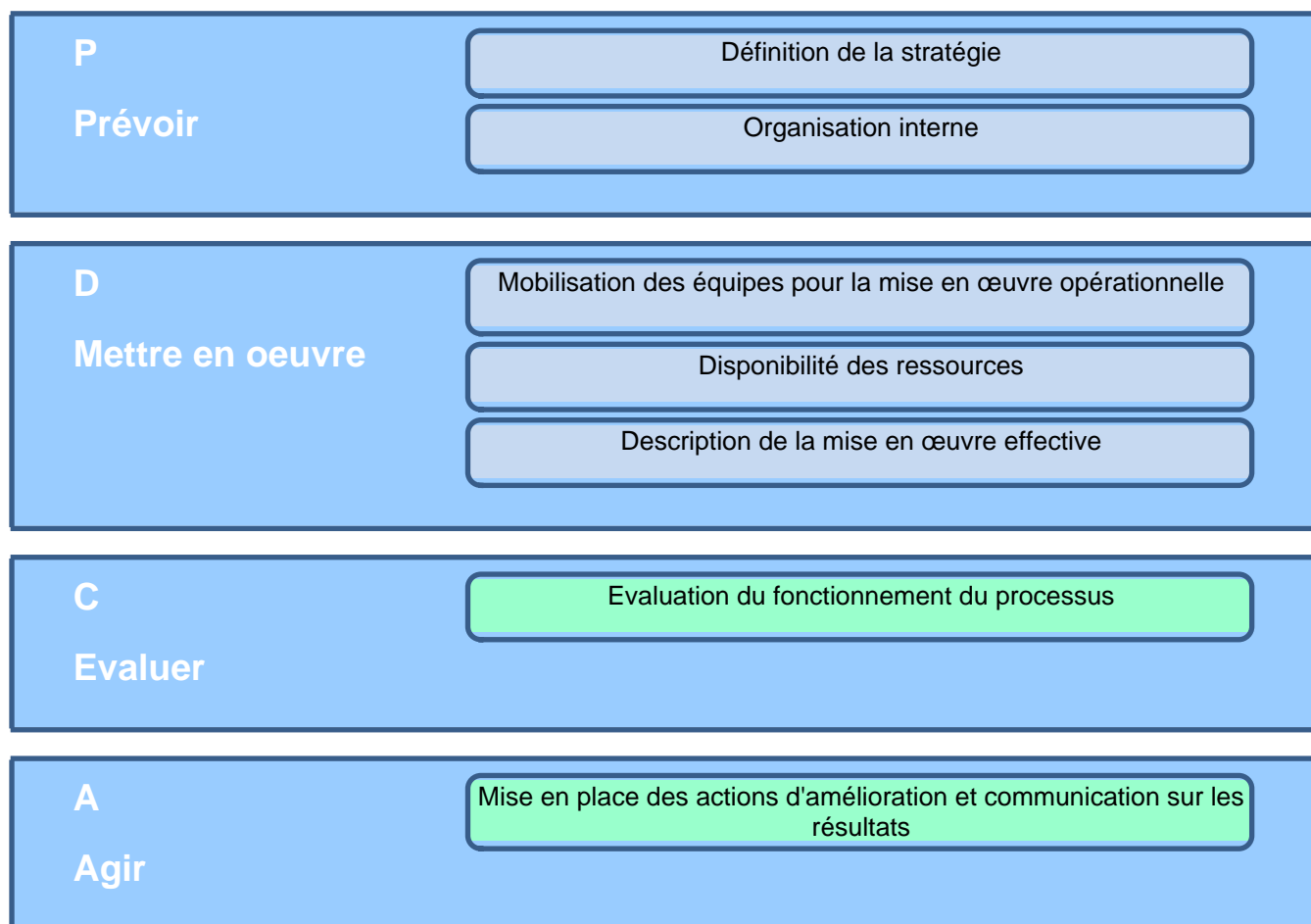
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur (CHJC) de Bourges dispose d'un secteur opératoire unique de 9 salles d'intervention et d'une Salle de Surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 10 emplacements. La chirurgie ambulatoire (UCA) se répartit entre une structure dédiée (Hôpital de jour) et un secteur spécifiquement dédié à l'Ophtalmologie.

Le CHJC a défini une stratégie et une politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire articulée avec celle de la chirurgie ambulatoire.

Elle est intégrée dans le projet d'établissement 2015-2020 dont les axes stratégiques n°1 et n°3 sont respectivement de dynamiser l'offre en chirurgie et de repenser les modes d'hospitalisation. Dans le CPOM 2012-2016 figurait également l'amélioration de la prise en charge du patient en chirurgie et la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire (taux de 43 % en 2016 et de 52.5 % sur la période actuelle).

L'établissement a identifié ses besoins et analysé les risques au niveau du bloc opératoire, de la SSPI et en ambulatoire en s'appuyant sur une cartographie a priori à partir de données parfaitement identifiées (conformité à la réglementation, rapports d'inspection, recommandations de bonne pratique, objectifs de développement institutionnel, évènements indésirables, etc.) en impliquant tous les professionnels et intervenants concernés. L'ensemble des risques a été priorisé selon la méthodologie définie par la HAS et intégré dans le nouveau compte qualité lui-même articulé avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel.

Cette analyse a été récemment complétée par le réajustement de la cartographie précédente en intégrant les nouveaux risques identifiés lors de la visite de certification V2014 initiale. Elle priorise 6 risques :

- la saturation du sas d'accueil,
- le retard dans la prise en charge du patient,
- la contamination de la zone opératoire,
- le risque de mauvaise réalisation de la check-list,
- la qualité de l'air hors norme.

Le suivi de cette politique est assuré par l'intermédiaire du compte qualité au niveau du plan d'actions d'amélioration validé par les instances que sont le Conseil de bloc et la Commission Médicale d'Établissement (CME). Les thèmes et actions issues de ce plan comprennent des délais, un ou plusieurs pilotes, un échancier et des modalités de suivi des réalisations.

Le programme d'actions a fait l'objet d'une diffusion auprès des instances et des professionnels et intervenants concernés qui sont partie prenante dans sa réalisation.

ORGANISATION INTERNE

Le CHJC a défini une organisation interne pour piloter le processus de prise en charge du patient au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire avec identification des rôles et missions dans une lettre de mission institutionnelle.

Le pilotage a ainsi été confié au chirurgien viscéral, président du conseil de bloc, au médecin chef du service d'anesthésie-réanimation, coordonnateur du secteur ambulatoire, à la cadre infirmière de bloc opératoire diplômée d'état (IBODE) et à la cadre infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE) et à la cadre supérieure du pôle. Dans cette mission, les pilotes travaillent en lien étroit avec la direction qualité et l'ingénieur qualité de l'établissement.

Une charte de fonctionnement du bloc précise l'organisation et les différents circuits conformément à la réglementation, aux recommandations professionnelles et aux spécificités des différentes prises en charge chirurgicales. Cette charte s'articule autour de la coordination des soins, de la prise en charge des besoins spécifiques du patient et de sa sécurité au bloc opératoire dans le respect de ses droits auprès des professionnels et intervenants concernés. Elle s'inscrit dans la démarche globale qualité/sécurité du patient mise en œuvre dans l'établissement en articulation avec le PAQSS. Elle est validée par les instances (Conseil de bloc et CME) et diffusée largement.

L'organisation du bloc opératoire permet d'identifier les différents secteurs impliqués (bloc, endoscopie, urgences, SSPI et le secteur obstétrical). Les différents circuits sont également parfaitement identifiés (patients, professionnels, matériel et équipements, linge, déchets et stérilisation) en évitant tous les croisements intempestifs. Les rôles et responsabilités de tous les professionnels intervenant au niveau du bloc opératoire sont définis et formalisés dans leurs fiches de poste. Le conseil de bloc est en place et opérationnel. Il se réunit à périodicité définie et les réunions font l'objet d'un compte-rendu diffusé aux professionnels.

La régulation des activités du bloc opératoire est assurée toutes les semaines par les pilotes : chirurgien, médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), cadres IBODE et IADE. Cette réunion permet de valider les programmes opératoires prévisionnels en vue d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients en tenant compte des effectifs disponibles, des capacités d'accueil et de rotation de l'UCA et des impératifs

(durée, matériels, etc.) liés aux types d'intervention. Le programme opératoire ainsi validé est disponible pour l'ensemble des professionnels et secteurs d'hospitalisation concernés. Ce programme opératoire permet également d'y intégrer les urgences et un ajustement éventuel du programme est réalisé si nécessaire.

Les ressources humaines permettent de couvrir les besoins et les compétences tant au bloc opératoire qu'en SSPI et dans les secteurs ambulatoires.

Le service d'Anesthésie-Réanimation ne comportant que 3,5 ETP sur les 8 postes budgétés, afin d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients au bloc opératoire, la continuité et la permanence des soins, il a été décidé de réduire à un maximum de 6 le nombre de salles d'interventions opérationnelles chaque jour et de recourir à l'intérim pour avoir les 7 MAR nécessaires à l'ensemble des missions (Bloc, SSPI, Consultations et bloc obstétrical).

Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires afin de prendre en compte et de développer les compétences des professionnels en vue de les intégrer dans le programme de formation institutionnel.

L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire et de l'UCA est déclinée dans des procédures et modes opératoires, fiches de traçabilité conformément au dispositif institutionnel et informatisé de gestion documentaire et/ou sous la forme de classeurs connus et accessibles pour tous les professionnels. Les besoins en supports d'information à destination des patients sont identifiés et les documents sont élaborés, validés et actualisés avec les intervenants concernés.

L'architecture et la configuration des locaux du bloc, de la SSPI et du secteur ambulatoire tiennent compte des besoins, des risques, de la réglementation et des évolutions et recommandations actuelles.

Le bloc opératoire, situé au rez-de-chaussée du CHJC, comprend 9 salles d'intervention organisées de façon fonctionnelle : 1 salle ISO5 équipée d'un flux laminaire réservée à l'activité d'orthopédie et 8 salles ISO7 destinées aux urgences, à la chirurgie viscérale, à la chirurgie vasculaire, à l'ORL, à l'Ophtalmologie sous anesthésie générale, à l'urologie, à la gynécologie et aux endoscopies digestives ainsi qu'à la pose des chambres implantables. Le bloc dispose également d'une salle dédiée à la lithotritie. La SSPI comprend 10 emplacements.

L'hôpital de jour ambulatoire dispose de 15 lits et fauteuils : 3 chambres de 2 lits et 3 chambres de 3 fauteuils.

Le nouveau secteur ambulatoire d'ophtalmologie intégralement dédié à la chirurgie de la cataracte dispose d'un vestiaire, de 6 fauteuils en préopératoire, d'un bloc opératoire et de 10 fauteuils en SSPI ainsi que d'une salle de convivialité avant la sortie des patients.

Des zones de stockage dédiées permettent de mettre à disposition des professionnels les arsenaux spécifiques aux différentes spécialités chirurgicales. Les secteurs dédiés à la chirurgie ambulatoire sont aisément identifiables et bénéficient des moyens, locaux et matériels permettant leur fonctionnement.

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles au bon fonctionnement du processus sont organisées. L'ensemble de ces ressources permet d'assurer le bon fonctionnement du bloc, de la SSPI et de l'UCA ainsi que la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ainsi que la prise en charge des urgences et des césariennes dans des salles dédiées.

Une démarche globale de maîtrise du risque infectieux (qualité de l'eau, de l'air, hygiène des locaux, etc.) est définie avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène. Des contrôles périodiques sont réalisés et tracés. Toutes les conduites à tenir pour faire face à une rupture du système (électrique, fluides médicaux, informatique, etc.) sont définies et appliqués en liaison avec les services techniques ainsi que le dispositif de maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux organisé en lien avec le service biomédical.

La gestion des interfaces est opérationnelle entre le bloc opératoire, les acteurs du management de la qualité et des risques, les services administratifs, les services cliniques, la pharmacie, la stérilisation, la radiologie, les laboratoires, le service biomédicale et les secteurs d'activité techniques et logistiques. Elle permet l'articulation des missions et des compétences, l'échange d'informations, la coordination entre les différents secteurs et professionnels ainsi que la recherche de la satisfaction des partenaires du bloc opératoire, de la SSPI et de l'UCA.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des besoins et des risques identifiés, les pilotes du processus "Management de la prise en charge du patient au bloc ambulatoire et en chirurgie ambulatoire" organisent, en lien avec le conseil de bloc, la déclinaison de la démarche institutionnelle et des grandes orientations du secteur en objectifs et plan d'actions opérationnels.

L'encadrement assure une communication active et régulière auprès des professionnels et intervenants concernés. Cette communication favorise la sensibilisation et l'implication de tous les professionnels concernés dans la mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration pour atteindre les objectifs fixés dans leurs différents secteurs d'activité.

Les indicateurs concernant la qualité et les tableaux de bord d'activité des différents secteurs opératoires sont régulièrement diffusés.

Les professionnels et intervenants participent à l'élaboration des protocoles, à la déclaration et l'analyse

des dysfonctionnements et des événements indésirables, aux démarches de type CREX/RMM, au suivi des indicateurs et des actions correctives ainsi qu'aux vigilances sanitaires et réglementaires.

Le management du bloc opératoire, de la SSPI et de l'UCA s'assure que les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue vestimentaire, absence de bijoux, respect du patient, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en compétence et en effectif permettent d'assurer la prise en charge du patient dans la journée. Le cas échéant, un ajustement du programme opératoire est nécessaire afin de pallier une indisponibilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

La continuité et la permanence des soins est assurée la nuit, le week-end et les jours fériés par un médecin anesthésiste-réanimateur et une IADE de garde sur place avec un chirurgien par spécialité et 2 IBODE en astreinte opérationnelle.

Le personnel non médical du bloc opératoire se compose d'IBODE et d'IDE formées pour travailler au bloc pour lesquelles une validation des acquis est organisée, d'IDE formées pour travailler en SSPI et d'infirmières anesthésistes diplômées. Le maintien des compétences est assuré et la formation des professionnels tient compte des besoins de l'activité et, en particulier la formation des IDE dans les écoles d'IBODE et d'IADE.

Les professionnels du bloc opératoire bénéficient de formations ciblées afin de leur permettre d'assurer le rôle de référent pour la gestion des risques, l'hygiène, la matériovigilance, la pharmacie, la douleur, l'hémovigilance et l'informatique. Chaque spécialité chirurgicale a 2 IBODE référentes pour tout ce qui concerne le matériel, les protocoles et procédures. Par ailleurs, 3 IADE possèdent un DU d'hypnose et 2 ont bénéficié d'une initiation. Enfin, tous les professionnels suivent les formations institutionnelles concernant l'incendie, la gestion de l'urgence, la formation réglementaire à la protection des professionnels et des patients vis à vis des rayonnements ionisants. Les professionnels médicaux et paramédicaux participent également aux différents congrès régionaux et nationaux de leurs différentes spécialités.

Une procédure spécifique est en place pour accueillir les éventuels nouveaux arrivants.

La gestion documentaire informatisée est accessible aux professionnels à partir des nombreux ordinateurs mis à disposition ainsi que sous format papier réunis dans des classeurs connus de tous. Les procédures (vérification des salles à l'ouverture, transport des patients, bio-nettoyage, réalisation des check-lists, etc.) sont déclinées au regard des spécificités de l'activité, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène. Elles sont rédigées et actualisées avec la participation des professionnels et intervenants du bloc opératoire.

Les professionnels disposent également sous forme informatique de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (dossier médical, dossier d'anesthésie, prescriptions, résultats d'examens biologiques ou d'imagerie, fiche de liaison avec les services d'hospitalisation, etc.). Il en est de même du programme opératoire et des plannings concernant le fonctionnement des activités.

Au bloc opératoire, les locaux, y compris les zones de stockage, sont adaptés en termes d'espaces et de fonctionnalité pour respecter au mieux les circuits (professionnels, patients, matériel, linge, déchets). Ils sont opérationnels, contrôlés et ils permettent un bio-nettoyage et un entretien adaptés.

La configuration des salles d'intervention permet d'assurer un contrôle continu de la qualité de l'air, de la température, de la surpression et de l'hygrométrie. Les contrôles particuliers annuels ainsi que l'analyse récente réalisée par un organisme agréé externe confirment l'adéquation de la qualification des salles avec la chirurgie.

Les équipements prévus sont en place. Ils sont gérés par l'encadrement du bloc en lien avec le service biomédical à l'aide d'un outil de gestion de maintenance informatisé par ordinateur (GMAO) permettant ainsi une maintenance préventive et curative efficace.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins ou médicaments dérivés du sang) permet de répondre aux besoins et à l'activité (activités programmées ou en urgence, populations particulières de patients).

Le traitement des dispositifs médicaux après intervention bénéficie d'une prise en charge au niveau de chaque salle d'intervention parfaitement adaptée avec un circuit de transfert vers la stérilisation respectant le principe de la marche en avant.

Compte tenu du fonctionnement réduit sur 6 salles, le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond aux besoins du bloc opératoire et permet une séparation effective entre les différentes activités réalisées : chirurgie classique, chirurgie ambulatoire, endoscopie et césarienne. La disponibilité du matériel d'urgence en SSPI est effective.

Les locaux de l'UCA et ceux plus récents de l'unité d'ophtalmologie permettent le respect de tous les circuits nécessaires au bon fonctionnement de ces unités ainsi que l'accueil personnalisé des patients.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins (accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques).

Les mesures de protection des risques professionnels sont mises en oeuvre et connues des professionnels et intervenants notamment en ce qui concerne la radioprotection (formation, mise à disposition et port de dosimètres, dosimètres passifs, tablier de protection, protèges thyroïde, bagues) ainsi que la prévention et la gestion des accidents d'exposition au sang.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les compétences et les effectifs médicaux et paramédicaux présents au bloc opératoire, en SSPI et en UCA, au moment de la visite terrain, sont adéquats et concordants avec le planning opératoire défini. Les professionnels du bloc mettent en œuvre les organisations et pratiques en respectant les règles définies et les recommandations de bonne pratique dans toutes les différentes zones du bloc (tenue vestimentaire, absence de bijoux, marche en avant, hygiène, respect du patient, confidentialité, etc.).

La concertation entre professionnels est organisée lors des rencontres hebdomadaires au cours desquelles est examiné le programme opératoire. Ce programme opératoire est ajusté pour tenir compte des présences des praticiens (chirurgiens et anesthésistes), des besoins en matériel, des besoins en effectif et des particularités du patient.

La régulation de l'activité opératoire est assurée par les cadres, le chef de service d'anesthésie et le chirurgien, président du Conseil de bloc, selon la programmation hebdomadaire et les ajustements quotidiens éventuellement nécessaires. Les conditions de travail et le climat relationnel au bloc, tels que perçus au moment de la visite, démontrent une excellente collaboration et un échange d'information entre les différents intervenants au cours de la prise en charge des patients.

La permanence des soins est assurée et la continuité des soins est effective. Le dossier du patient est disponible à toutes les étapes de sa prise en charge y compris après sa sortie du secteur ambulatoire. La collaboration entre les médecins anesthésistes, les IADE et les IDE est mise en œuvre pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient en SSPI.

Les interfaces entre les secteurs de soins et le bloc opératoire sont opérationnels. Le transport des patients est entièrement informatisé et assuré dans des conditions appropriées avec des systèmes mobiles de transport évitant pour les brancardiers le risque de troubles musculo-squelettiques.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien, en particulier les contrôles des salles d'intervention (traçabilité des ouvertures de salles pour la chirurgie et l'anesthésie ainsi que pour la SSPI, identitovigilance, etc.), la traçabilité des dispositifs médicaux implantables et les actes opératoires. La check-list "Sécurité au bloc opératoire" est en place, ses différents temps sont assurés et tracés.

La maîtrise du risque infectieux est assurée notamment la traçabilité du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels. Les contrôles de l'air, de l'eau, des fluides médicaux et des surfaces sont assurés et également tracés.

Les opérations de maintenance préventive et curative sont assurées par l'équipe biomédicale, ses interventions sont tracées. Les équipements et matériels sont remplacés y compris en urgence.

L'information du patient est bien structurée. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et à son intervention lors des différentes consultations. Des supports lui sont communiqués : formulaire de recueil du consentement éclairé, personne de confiance, livret d'accueil, documents édités par les sociétés savantes, passeport ambulatoire, etc.).

Dans le secteur ambulatoire, l'optimisation des flux d'arrivée des patients et la rotation des places en fonction des pathologies est recherchée par la mise en place d'un système d'appel de la veille et par la programmation des admissions. La sortie du patient est validée par un médecin ou un chirurgien de l'UCA et par l'ophtalmologiste dans l'unité dédiée à la chirurgie de la cataracte. L'aptitude au retour à domicile est vérifiée et la fiche d'autorisation de sortie est signée par le médecin. Une solution de repli est prévue en cas d'hospitalisation prolongée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (numéro d'appel en cas de besoin, ordonnance, bulletin de sortie, etc.). Le suivi immédiat du patient après la sortie est assuré par le biais de l'appel du lendemain conformément aux procédures établies et tracées dans le dossier du patient.

Les procédures et supports de signalement des événements indésirables sont en place et connus des professionnels. Les cadres du bloc s'assurent régulièrement de la conformité des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles notamment lors des réunions de service. Des CREX sont en place au niveau du pôle concernant prioritairement le bloc opératoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif de suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient est en place au bloc opératoire ainsi que pour l'activité de chirurgie ambulatoire.

Cette évaluation globale de la qualité et de l'efficacité du processus est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, retard de prise en charge, taux de débordement, délais, etc.) et des indicateurs nationaux dont l'ICALISO.

De nombreux audits sont réalisés en particulier sur les pratiques professionnelles (lavage des mains, etc.). Une EPP sur la préparation pré-opératoire des patients est en place depuis 1989 et elle fait l'objet des 2 audits annuels (mars et novembre) dont les résultats sont analysés avec l'EOH et communiqués à tous les professionnels concernés.

Une revue de dossiers est réalisée en orthopédie avec les hygiénistes sur l'analyse des résultats des ISO.

Des CREX sont réalisés au niveau du pôle chirurgical (bloc opératoire et spécialités chirurgicales) selon les modalités décidées au niveau institutionnel. Les deux derniers ont été consacrés au bloc opératoire. Cependant, il n'y a pas à proprement parler de RMM spécialité chirurgicale.

Tous ces indicateurs et résultats sont régulièrement suivis par les pilotes du processus à l'aide d'un tableau de bord et régulièrement examinés lors des conseils de bloc. Un bilan annuel est présenté aux instances dont principalement la CME.

Le suivi de la mise en oeuvre des plans d'actions d'amélioration est effectif pour identifier les actions correctives supplémentaires en collaboration avec la direction qualité-gestion des risques de l'établissement.

A / AGIR

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

Une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire, en SSPI et en UCA est en place, avec un suivi des actions qui est en place ou en train de se mettre en place. Ce suivi est assuré par les pilotes du processus en lien avec l'équipe qualité et la direction de l'établissement.

Des révisions et ajustements de stratégie et d'objectifs ont été réalisés en intégrant les résultats de la visite de certification initiale V2014 et des constats faits par les experts-visiteurs.

Les actions d'amélioration et les ajustements sont programmés et mis en œuvre de manière coordonnée et structurée avec les professionnels et intervenants concernés. Ils sont intégrés dans le nouveau compte qualité et articulés avec le PAQSS institutionnel.

La communication des résultats des évaluations réalisées dans le secteur du bloc opératoire, de la SSPI et de l'UCA à destination des instances, des professionnels et des usagers est organisée à l'aide de différents supports (réunions d'information, conseil de bloc, réunion de pôle, affichage, etc.).

Les professionnels du bloc et de la SSPI ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité ainsi qu'aux indicateurs de l'établissement et notamment ceux concernant la satisfaction des patients.

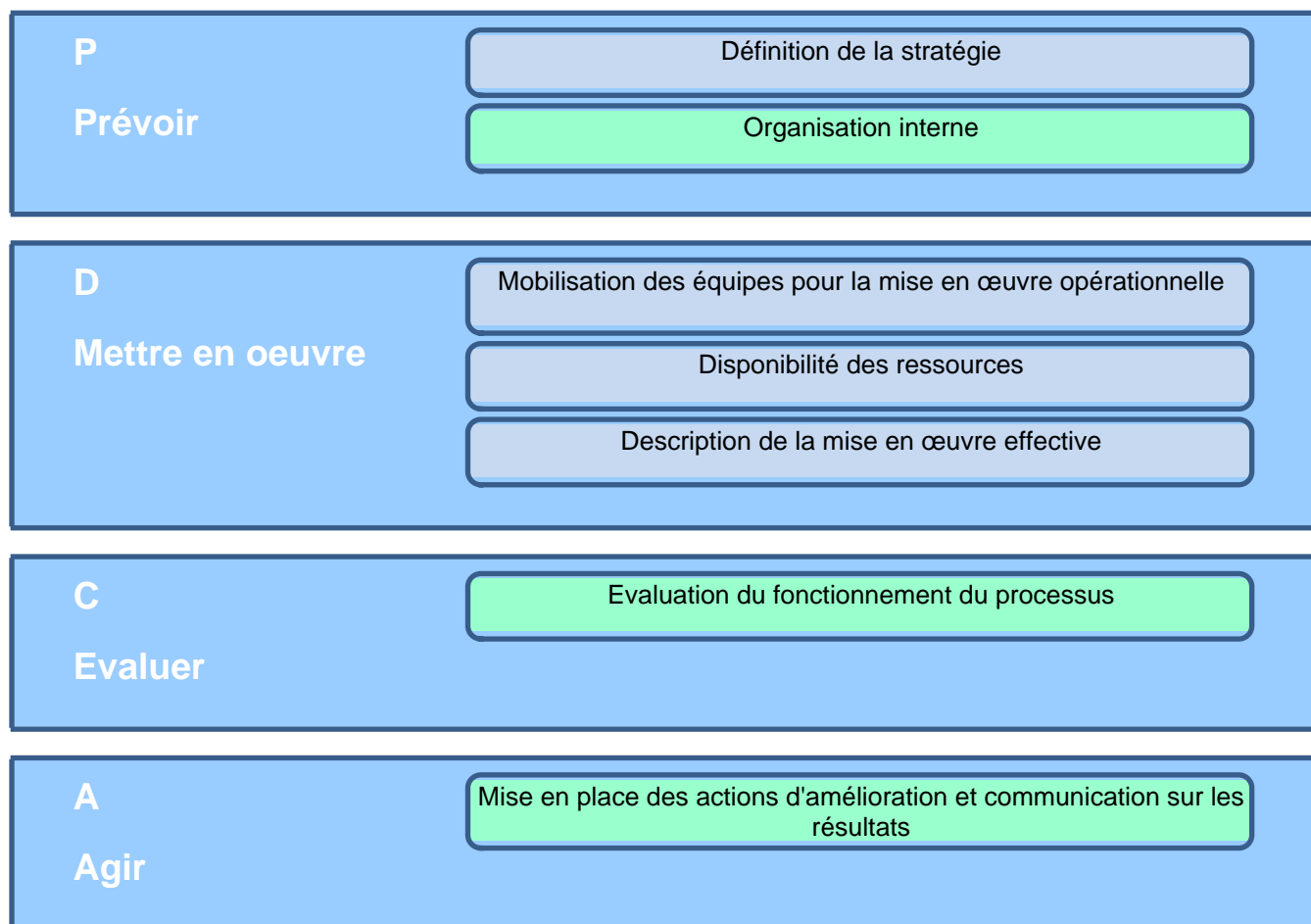
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

Au Centre Hospitalier Jacques Cœur (CHJC) de Bourges, l'imagerie interventionnelle est exclusivement représentée par le service de cardiologie interventionnelle ayant réalisé 2132 actes en 2016. Trois grands types d'interventions sont effectués : le cathétérisme (18 actes), la coronarographie (100 actes) et la coronarographie avec angioplastie (1014 actes).

Cette unité est composée de deux salles utilisées pour la coronarographie, les angioplasties et le cathétérisme répondant aux exigences réglementaires et d'une salle permettant la surveillance post-interventionnelle des patients.

La stratégie en matière d'activité interventionnelle utilisant les rayonnements ionisants est définie et arrêtée au niveau du CHJC. Elle est déclinée dans le projet d'établissement 2016-2020 qui propose le renforcement de la dimension territoriale de la cardiologie. Elle est validée par les instances et comprend des objectifs et des indicateurs définis en lien avec l'analyse des besoins, l'analyse des risques et leur hiérarchisation. Sa mise en œuvre est réalisée par le service de cardiologie en lien avec le pôle de médecine A.

L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques a été faite en concertation avec les professionnels concernés et en lien avec le service de la qualité selon une méthodologie définie d'analyse a priori des risques à partir d'une cartographie des risques de type "Analyse préliminaire des risques" (APR) adaptée à l'activité d'imagerie interventionnelle. La méthode de hiérarchisation adoptée est celle proposée par la HAS.

Un programme d'actions découle de cette analyse et alimente le compte qualité. Le compte qualité et le Programme d'Amélioration de la Sécurité des Soins (PAQSS) ont été validés par les instances en central. Les plans d'actions d'amélioration ont été établis avec un échéancier, les responsables des actions sont nommés, les ressources sont identifiées. Les mesures de traitement sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

Le risque relatif à l'utilisation des rayonnements ionisants est placé sous la responsabilité de la radio-physicienne et des personnes compétentes en radioprotection (PCR). Le calendrier relatif à la mise en œuvre des observations et demandes d'actions de mise en conformité, formulées par les inspecteurs, suite aux diverses inspections ASN est suivi et mis en œuvre. Il fait l'objet d'une présentation aux instances concernées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par le cardiologue responsable de l'activité interventionnelle, le manipulateur en électroradiologie médicale (MERM) faisant fonction de cadre de santé et la radio-physicienne. Les trois pilotes ont reçu des lettres de mission précisant leur rôle et leurs responsabilités.

Un organigramme accessible à tous les professionnels est défini, les rôles et responsabilités des professionnels et intervenants sont formalisés dans leurs fiches de poste.

Cependant, une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient en radiologie interventionnelle n'est pas formalisée dans une charte de fonctionnement ou un manuel assurance qualité décrivant le fonctionnement, les ressources humaines et matérielles allouées, les modalités de programmation et de régulation des activités, la gestion des principaux risques ainsi que la surveillance des vigilances.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques spécifiques, de la réglementation et de l'organisation définie. En termes d'effectifs et de compétence, elles sont en adéquation avec les besoins identifiés sur le plan médical (cardiologues interventionnels) et paramédical (manipulateur électroradiologistes, IDE formées aux techniques de cardiologie interventionnelle).

Le Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM) et l'organisation de la radioprotection sont définis et mis en œuvre sous la conduite de la radio-physicienne et des PCR. L'organisation de la surveillance dosimétrique des professionnels travaillant en zone réglementée est conforme à la réglementation et fait l'objet d'un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP).

Des plans de formation prévisionnels et participatifs sont élaborés permettant des formations spécifiques à l'activité de cardiologie interventionnelle et de cathétérisme. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants et d'appropriation des connaissances s'effectuent par compagnonnage sur la base du processus de prise en charge du patient.

Les ressources documentaires sont adaptées aux activités et aux besoins des professionnels. Elles reposent sur l'élaboration des procédures et protocoles opératoires élaborés et validés avec les professionnels sur la base des bonnes pratiques de la discipline tant au niveau de la préparation des investigations, de l'utilisation et de la traçabilité des DMI, des conditions de programmation et de gestion des urgences, de prise en charge des patients, de réalisation et des modalités de suivi des patients. Ces documents sont disponibles sur l'intranet de l'établissement ou sous forme de documents papier en classeur.

Les locaux, le matériel et les équipements permettent la réalisation de toutes les missions. Les modalités

de vérification des équipements sont élaborées en concertation avec le service biomédical et les constructeurs. Les maintenances préventives sont planifiées de manière anticipée. Les approvisionnements en Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) et Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) sont organisés avec la pharmacie de l'établissement. Les dispositifs de protection individuels et collectifs sont prévus et déployés dans les secteurs.

Les contrôles d'ambiance sont organisés par dosimétrie passive. Ces règles sont formalisées dans les procédures conformément à la réglementation. En raison du risque d'apparition d'effets liés au rayonnement chez certains patients, les seuils d'alerte en cours d'intervention sont identifiés. Le praticien est alerté selon les règles déterminées. Le système d'information spécifique de la cardiologie interventionnelle est intégré au sein du système d'information institutionnel.

La coordination entre les différents secteurs d'activités et les professionnels est organisée. Cette gestion favorise l'articulation cohérente des missions et compétences impliquées dans la prise en charge du patient tout au long de son parcours.

La continuité et la permanence des soins sont organisées par une garde sur place 24 heures 24 et 7 jours sur 7 dans le secteur de l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) et d'une astreinte impliquant un cardiologue angioplasticien, une IDE et un manipulateur électroradiologiste. Les modalités de prise en charge en urgences sont définies. Elles permettent aux professionnels de ville et aux équipes du SAMU/SMUR d'avoir un accès direct au cardiologue de garde.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du secteur de cardiologie interventionnelle organisent la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours en cardiologie interventionnelle et la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques inhérents à cette activité et, pour ce faire, ils bénéficient du soutien et de la compétence de la radio-physicienne/PCR afin de mettre en œuvre la radioprotection des professionnels et des patients. De par les spécificités de l'activité de radiologie interventionnelle, il existe une réelle dynamique d'appropriation de la démarche d'amélioration continue au sein de ce secteur d'activité.

La communication est organisée par l'encadrement paramédical et médical au cours des différentes réunions du service. Par ailleurs, la petite taille de l'équipe des professionnels et intervenants concernés favorise la diffusion rapide des informations et la mobilisation des professionnels.

Les responsables des secteurs s'assurent de la conformité des bonnes pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. Ces pratiques s'appuient sur les conclusions des inspections de l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN), les procédures réglementaires, les recommandations de bonne pratique régulièrement actualisées et validées.

Les modalités d'application des règles de radioprotection du personnel et des patients font l'objet d'un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) concernant les études de zonage, les mesures d'ambiance, la dosimétrie opérationnelle individuelle et la protection des personnels.

Les professionnels participent à l'élaboration des protocoles, à la déclaration des dysfonctionnements, des événements indésirables liés aux soins et aux événements significatifs en radioprotection (ESR) lors de la prise en charge globale du patient. Les modalités de déclarations sont définies et connues des intervenants. Leur analyse fait l'objet de démarches de type CREX et RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources médicales et paramédicales (cardiologues, cardiologues angioplasticiens, MERM, radiophysicien, PCR, etc.) sont disponibles dans le secteur de cardiologie interventionnelle.

La continuité des soins est assurée et dans ce contexte, les règles de présence et un système de garde et astreintes sont définis pour assurer la permanence des actes interventionnels en urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et la prise en charge des syndromes coronariens aigus avec sous décalage ST (SCA ST+) de la région Centre-Val de Loire.

Les professionnels en poste possèdent les compétences et qualifications requises pour assurer la prise en charge des patients. L'accompagnement des nouveaux arrivants est assuré sous la forme d'un tutorat avec évaluations périodiques avant prise de poste opérationnelle.

Un plan de formation spécifique est mis en œuvre pour les différents professionnels du secteur de cardiologie interventionnelle.

Les formations réglementaires en radioprotection, sous le contrôle de la radio-physicienne et des 2 PCR de l'établissement sont effectives. Les professionnels bénéficient de la dosimétrie réglementaire et des équipements de protection collectifs et individuels sont adaptés à l'activité. Les contrôles internes réglementaires de radioprotection et les contrôles de qualité sont assurés et suivis au niveau du service et de l'établissement.

Les procédures d'exams et d'interventions sont connues des professionnels. Les professionnels sont également formés aux règles d'optimisation des doses de rayonnements ionisants.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, documents de traçabilité, modes opératoires) sont

adaptées aux activités, accessibles et connues des professionnels (gestion documentaire informatisée, classeur papier).

Le secteur de cardiologie interventionnelle dispose de deux salles de radiologie dédiées avec un matériel adapté permettant la réalisation des actes diagnostiques et des interventions thérapeutiques. Ces salles répondent aux exigences de contrôle de l'environnement en termes de classification ISO.

Les règles de tenues professionnelles au sein des périmètres protégés respectent les bonnes pratiques de prévention des infections dans les périmètres d'accès protégé.

Des procédures d'entretien des salles interventionnelles et des locaux sont disponibles. Des procédures de préparation cutanée de l'opéré sont disponibles ainsi que des supports d'ouverture de salle pour chaque catégorie professionnelle.

L'approvisionnement en matériels, dispositifs médicaux implantables (DMI), linge et produits de santé est réalisé et permet de répondre aux besoins et à l'activité grâce, en particulier, à un logiciel permettant l'interfaçage entre la cardiologie interventionnelle et la Pharmacie.

Les modalités de vérification des équipements sont réalisées en concertation avec le service biomédical et les maintenances préventives et curatives sont planifiées de manière anticipée. Les interventions de maintenance préventives et curatives des prestataires sur les machines font l'objet d'un suivi par l'encadrement et le service biomédical.

Un matériel d'urgence vitale est disponible sur le secteur de cardiologie interventionnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels et intervenants du secteur de cardiologie interventionnelle connaissent et mettent en œuvre les organisations, procédures et protocoles établis pour assurer le bon fonctionnement des secteurs ainsi que la qualité et sécurité de la prise en charge du patient tout au long de sa prise en charge comme l'a montré la visite terrain.

Les circuits identifiés de même que les dispositions spécifiques relatives à l'accueil et à la prise en charge des urgences sont mis en œuvre.

Les tableaux de présence des médecins et le planning des professionnels sont opérationnels et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient en particulier pour la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus avec sous décalage ST (SCA ST+) de la région Centre-Val de Loire. Une convention existe par ailleurs sur le département de l'Indre permettant de transférer les patients en provenance du Centre Hospitalier de Châteauroux avec un transport hélicoptéré chaque fois que possible.

La régulation des activités dans les différents secteurs de radiologie interventionnelle utilise les logiciels institutionnels et permet la fluidité de la prise en charge du patient ainsi que celle des urgences. Le programme opératoire est disponible pour tous les intervenants.

Le partage des informations et les vérifications croisées à chaque étape de la prise en charge du patient sont en place grâce au déploiement de la check-list spécifique concernant la radiologie interventionnelle.

Les comptes rendus d'investigation et des actes réalisés sont intégrés dans le système d'information et dans le dossier du patient, les doses délivrées y sont mentionnées. Les images sont intégrées dans le logiciel institutionnel dédié et accessibles à tous les professionnels possédant des autorisations d'accès.

La signalisation de la zone réglementée lors de l'utilisation des appareils générateurs de rayons X est en place ainsi que l'affichage des consignes à respecter pour leur accès (dosimétrie, équipement de protection individuel).

Les équipements de protection individuels (tablier, protection thyroïdienne, dosimètre passif, bague dosimétrique pour la surveillance des extrémités, lunettes pour la protection des cristallins) sont appropriés ainsi que leur entretien. Les modalités de radioprotection sont respectées par les professionnels.

Les règles d'hygiène et de surveillance micro-bactériologiques sont appliquées et conformes aux bonnes pratiques.

Les installations, équipements et matériels font l'objet d'une maintenance préventive et curative.

Les dysfonctionnements et les événements indésirables sont signalés par les professionnels sur le logiciel institutionnel ainsi que les événements significatifs de radioprotection transmis à l'ASN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de cardiologie interventionnelle dispose d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs (événements indésirables, événements significatifs de radioprotection, évaluation de la mise en œuvre des procédures, etc.) permettant l'évaluation du fonctionnement de la prise en charge du patient tout au long de son parcours.

La gestion des dysfonctionnements, les événements indésirables, les résultats non conformes obtenus sont suivis et analysés avec les professionnels. Cette analyse repose sur l'organisation d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) annuel au niveau du pôle et de 3 Revues Morbidité Mortalité (RMM) au sein du service de cardiologie interventionnelle.

Une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été réalisée en janvier 2014 sur la cartographie des risques en imagerie interventionnelle et fait l'objet d'un suivi régulier.

Les évènements significatifs de radioprotection (ESR) font l'objet d'un signalement spécifique auprès de l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) et leur analyse est diligentée dans les délais réglementaires.

Les niveaux d'exposition des professionnels sont suivis et analysés par le service de santé au travail. Les relevés des doses de rayonnements sont effectués et analysés pour les procédures à risques en cardiologie interventionnelle.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels du service, au regard des différentes évaluations et des projets définis.

A / AGIR

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

Une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient en cardiologie interventionnelle est en place avec un suivi des actions. Ce suivi est assuré par les pilotes du processus en lien avec l'équipe qualité et la direction de l'établissement.

Les actions d'amélioration mises en œuvre concernent d'ores et déjà les risques prioritaires identifiés dans le cadre de la visite V2014 initiale ainsi que les constats provenant des données du rapport de certification V2014 initial. Elles alimentent le compte qualité qui a été récemment révisé pour la visite de suivi et prennent également en compte les demandes d'actions correctives faisant suite aux inspections ASN. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

Les actions d'amélioration mises en œuvre suite à l'analyse des EI et des ESR sont également intégrées et elles font l'objet d'une diffusion auprès des professionnels concernés et d'une évaluation.

La communication des résultats des évaluations réalisées dans le secteur de la cardiologie interventionnelle à destination des instances, des professionnels et des usagers est organisée à l'aide de différents supports (réunions d'information, réunion de pôle, affichage, etc.).

Les professionnels et intervenants concernés ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité ainsi qu'aux indicateurs de l'établissement et notamment ceux concernant la satisfaction des patients.