



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER

JACQUES COEUR

145 avenue François Mitterrand

Cs 30010

18020 BOURGES

JUILLET 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	24
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	50
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	61
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	66
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	72
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	76

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	180003287	CH DE BOURGES - SSR TAILLEGRAIN	6 rue taillegrain 18000 BOURGES
Etablissement de santé	180005803	CH DE BOURGES - USLD	6 rue taillegrain 18020 Bourges
Etablissement de santé	180000010	CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES - JACQUES COEUR	145 avenue françois mitterand Cs 30010 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	96	/	18	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	36	5	/	/	/
MCO	Médecine	328	18	/	13554	7555
SLD	SLD	60	/	/	/	/
SSR	SSR	125	18	/	/	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

- *Convention de partenariat, CH George Sand - Bourges a été réalisée en 30/12/1995
Domaine : Qualité des prestations en santé mentale (urgences, pédiatrie, gériatrie...)
- *Convention de partenariat, CH Vierzon a été réalisée en 18/04/2007
Domaine : Réseau Périnatalité
- *Convention de partenariat, CH Saint-Amand Montrond a été réalisée en 26/06/2007, 14/02/2017, 01/07/2017
Domaine : Réseau Périnatalité, partenariat avec le service de réanimation et les soins intensifs de cardiologie et des urgences pour l'activité PMO
- *Convention Clinique G. de Varye – Saint Doulchard a été réalisée en 29/11/1999, 30/06/2006
Domaine : accès des patients au centre de radiothérapie, couverture de l'activité chirurgicale vers Réanimation
- *Convention Clinique Saint Gatien - Tours a été réalisée en 23/12/2010
Domaine : couverture médico-chirurgicale coronarographie-angioplastie
- *Convention Institut Gustave Roussy a été réalisée en 18/03/2011
Domaine : traitements spécifiques avec le service de pédiatrie
- *Convention Centre médico-chirurgical Ambroise Paré a été réalisée en 24/05/2011
Domaine : couverture médico-chirurgicale coronarographie-angioplastie
- *Conventions CH Châteauroux a été réalisée en 24/04/2003, 27/05/2013
Domaine : co-utilisation hélicoptère sanitaire, coopération, prise en charge en soins palliatifs
- *Conventions CHU Tours a été réalisée en 18/04/2008, 29/09/2010, 04/08/2006, 19/10/2001, 25/07/2012, 03/02/2009, 29/10/2015, 21/09/2015, 24/06/2015, 01/09/2016, 05/07/2016.
Prévu : convention de télé-expertise en urologie
Domaine : télémédecine neurochirurgie - réseaux : périnatalité, PMO, soins palliatifs, thumorothèques, prise en charge des hémophiles – prise en charge urgences neuro-vasculaires. téléconsultation pour le suivi des patients transplantés hépatiques, réseau télémédecine en néphrologie, couverture médico-chirurgicale coronarographie-angioplastie, transfert des enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique
- *Réseaux départementaux et régionaux a été réalisée en 2000 / 2004 / 2013 / 2014
Domaine : VIH, diabète, Oncoberry, CSO
- *Groupement de coopération sanitaire a été réalisée en 2009 / 2010 / 2012 / 2017
Domaine : Télésanté centre, Réseau Oncocentre, Achats du centre

*Convention SDIS a été réalisée en 22/06/2010
Domaine : organisation des secours aux personnes et à l'aide médicale d'urgence dans le département

*EHPAD La Vallée Bleue a été réalisée en 11/04/2017
Domaine : mise en œuvre d'un réseau de télémedecine en douleur

*EHPAD de Bellevue a été réalisée 28/08/2017
Domaine : mise en œuvre d'un réseau de télémedecine en douleur

*Convention cadre mise en œuvre d'un protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret (Conseil Départemental, Clinique G. de Varye, CH de Vierzon, CH de St-Amand-Montrond) a été signée en 2018.
Domaine : Obstétrique

*Convention cadre mise en œuvre du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous écrou (CPAM – SPIP du Cher, Maison d'arrêt de Bourges) a été réalisée en 10/04/2017

*Conseil Départemental a été réalisée en 09/01/2018.
Domaine : Lutte contre la tuberculose auprès des personnes à risque

*GHT a été réalisée en 01/02/2018, 16/04/2018, 17/04/2018.
Domaine : Mise à disposition, Intervention de l'EMGT 18 auprès des usagers de l'établissement DOMITYS

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	*Rythmologie depuis le 12/06/2017 *Traitement du cancer pour la modalité chirurgie thoracique depuis le 09/05/2017 *SSR spécialisé dans les affections des systèmes digestifs, métaboliques, endocriniens et respiratoires depuis le 02/05/2017.

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 qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine en HC (site Jacques Cœur)	Cardiologie Coronarographie	Urgences	Complexe	MCO
2	Personne âgée	HAD médecine (domicile)	Cancer métastasé	Programmé	Simple	HAD
3	Adulte	Endoscopie ambulatoire (site Jacques Cœur)	Endoscopie à visée diagnostique	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Personne âgée	Service de Traumatologie	Clou centro-médullaire fémoral	Urgences	Complexe	MCO
5	Personne âgée	Chirurgie ambulatoire (site Jacques Coeur)	Ophtalmologie : cataracte	Programmé	Simple	MCO
6	Jeune femme	Obstétrique (site Jacques Cœur)	Accouchement par césarienne en urgence	En urgences	Simple	MCO
7	Personne âgée	SSR en hospitalisation complète (site Taillegrain)	Fracture fémorale sans traitement chirurgicale	Programmé	Simple	SSR
8	Adulte	SSR en hospit partielle (site Jacques Cœur)	SSR cardiologique	Programmé	Simple	SSR
9	Personne âgée	USLD (site Taillegrain)	Personne polypathologique	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

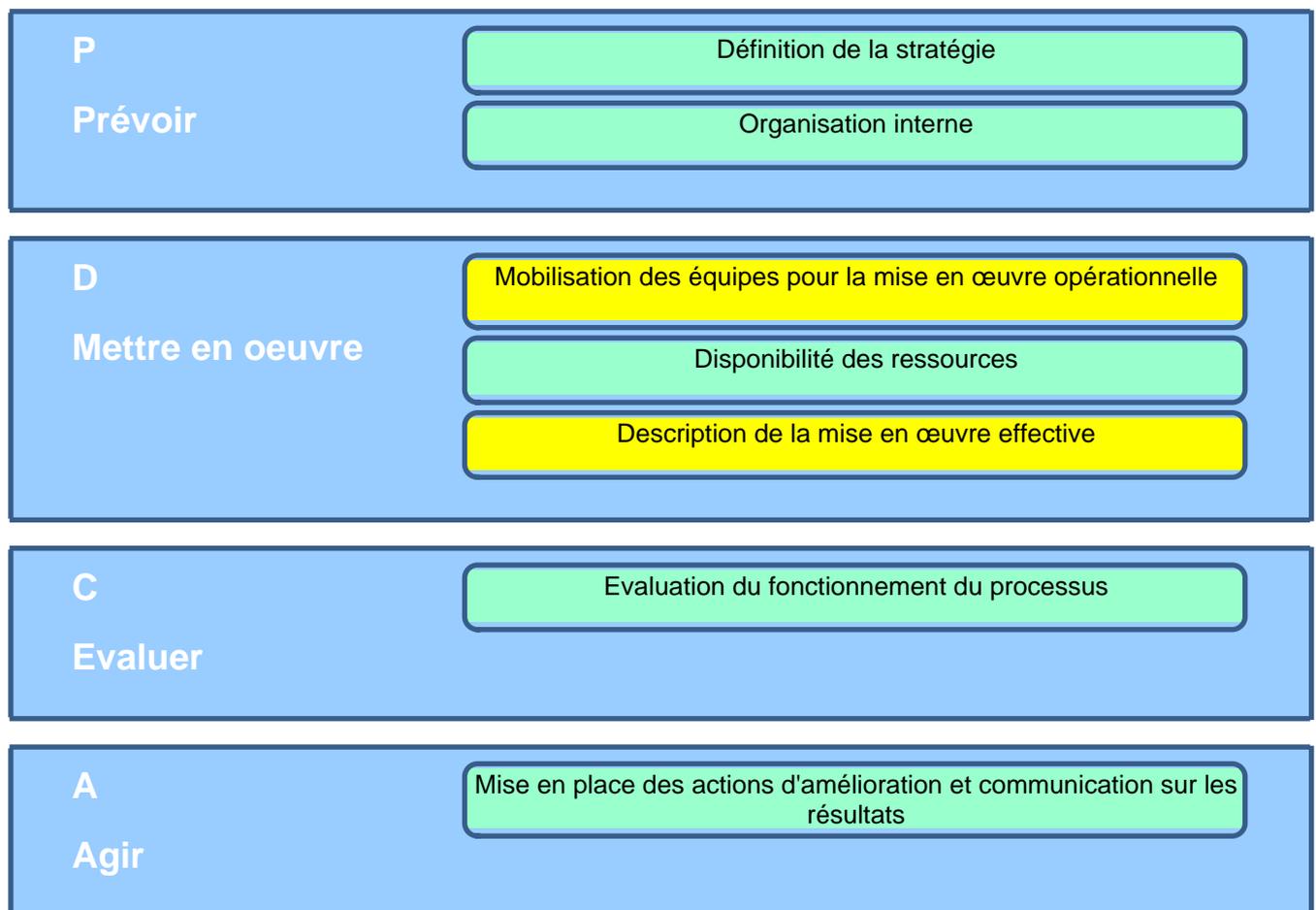
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES a défini sa politique d'amélioration en matière de management de la qualité et la gestion des risques dans un document validé intitulé « Politique de management de la Qualité et des Risques ». Cette politique, comportant quatre axes stratégiques, est déclinée en programme d'actions dans le projet d'établissement 2016-2020 au niveau du volet 4 Qualité. Cette politique est évaluée tous les ans.

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est inscrite dans le projet d'établissement au niveau de l'axe 2 du volet 4 Qualité. Elle est déclinée en deux objectifs opérationnels dont l'un concerne le développement de l'évaluation de la pertinence des soins.

Le programme d'actions, issu des axes stratégiques identifiés, prend en compte les besoins et le contexte de l'établissement ainsi que les recommandations issues des rapports de certification, notamment celui de la première itération de la V2014. Ce programme a été défini par un groupe de travail, lors de l'élaboration du projet d'établissement 2016-2020, impliquant les pilotes stratégiques et opérationnels du processus : directeur de l'établissement, président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), directrice des soins, directrice qualité, responsable qualité et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS).

L'établissement a fait le choix d'utiliser son compte qualité comme plan d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS) institutionnel. Chaque pilote de processus gère son volet du compte qualité. La coordination est assurée lors des réunions de pilotage biannuelles et lors de la réunion annuelle regroupant l'ensemble des pilotes, auxquelles participent les pilotes stratégiques et opérationnels du processus « Management de la Qualité et de la Gestion Des Risques » (MQGDR).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, le coordonner et harmoniser la gestion des risques. Cette organisation est formalisée dans un organigramme et dans le document « Politique du Management de la Qualité et des Risques » qui définit, en matière de qualité et gestion des risques, les missions de chaque structure participant à la démarche, ainsi que celles des professionnels impliqués dans celle-ci.

Le pilotage stratégique de la démarche qualité est assuré par la Commission qualité et coordination gestion des risques, instance pluri-professionnelle qui a pour mission la définition et les suivis de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, des analyses a priori des risques des secteurs d'activité et du compte qualité de l'établissement. L'établissement a fait le choix de suivre les EPP de façon directe au niveau de la CME où des points qualités sont systématiquement mis à l'ordre du jour en début de séance. La coordination entre le suivi des EPP et la Commission qualité et coordination de gestion des risques est assurée par le président de la CME qui est présent à cette dernière.

Le pilotage opérationnel de la démarche qualité est assuré par les pilotes de processus, un membre du trio de pôle (médecin chef de pôle, cadre supérieur de pôle ou gestionnaire de pôle) et des gestionnaires de risques pour les secteurs de soins (en général les médecins chefs de service). Les rôles et responsabilités des pilotes opérationnels sont identifiés et des fiches de mission sont établies.

Des correspondants qualité-risques ont été mis en place au niveau de chaque unité de soins et ils sont représentés au niveau de chaque pôle. Ils ont la charge de déployer la politique qualité gestion des risques sur le terrain en appui des cadres de secteur. Chacun des correspondant dispose d'une fiche de mission.

Le traitement et le suivi des événements indésirables sont organisés, une procédure définit cette organisation. Un Comité de Retour d'Expérience (CREX) transversal a pour mission de réaliser de façon périodique une revue des Fiches d'Événements Indésirable (FEI) au terme de laquelle il adresse la FEI au CREX de pôle, qui est chargé de réaliser une revue de ses FEI. Le CREX transversal qui se réunit de façon hebdomadaire peut le cas échéant réaliser des analyses des causes, notamment en cas d'événement indésirable impactant plusieurs pôles ou d'événement indésirable grave associé aux soins (EIGAS). Il est également chargé de réaliser la déclaration sur le site national de signalement si l'événement entre dans les critères de déclaration. La méthode d'analyse retenue par l'établissement est la méthode « ALARM ». Cette organisation prévoit un retour des actions menées au déclarant par l'intermédiaire du logiciel informatique dédié à la déclaration des événements indésirables.

Le déclarant a accès à sa fiche de déclaration informatique sur laquelle est formalisé le suivi des actions mises en œuvre suite à sa déclaration.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie avec une fiche de mission formalisée. Cette fonction est intégrée à l'équipe qualité de l'établissement.

Les vigilances, dont l'hémovigilance, sont organisées. Un vigilant est identifié pour chacune des vigilances de l'établissement. Un instance dénommée « Coordination des vigilances » se réunit annuellement afin d'assurer la coordination de ces dernières.

La coordination entre la gestion des risques et la gestion des plaintes et réclamations est organisée et

permet aux responsables chargés de la qualité et à ceux chargés de la gestion des risques d'être informés des plaintes et des réclamations dans des délais adaptés.

Les dispositifs de gestion de crise sont en place. Un référent est identifié au niveau administratif et au niveau médical. Un plan de sécurisation de l'établissement est formalisé.

Les représentants des usagers, au travers de la Commission Des Usagers (CDU) sont impliqués de façon régulière sur la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Des points qualité sont organisés en CDU.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources et les compétences nécessaires. La composition de l'équipe qualité est définie et l'ensemble des postes est occupé. Suite à la dernière certification V2014 de l'établissement, celui-ci a créé une fonction de correspondant qualité pour chaque secteur d'activité. Par ailleurs, concernant la gestion documentaire, l'établissement a développé un logiciel informatique de gestion documentaire qui est déployé sur l'ensemble des secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les projets de pôles et les contrats de pôle des sept pôles prennent en compte les axes stratégiques et le programme d'actions de l'établissement inscrits dans le document de politique « Politique du Management de la Qualité et des Risques » et le projet d'établissement 2016-2020.

Cependant, lors de la visite des services il a été constaté que l'appropriation de cette politique par les cadres n'est pas effective sur l'ensemble des secteurs d'activité. De même, les professionnels de terrain ont rarement connaissance des risques de leur secteur d'activité, ainsi que des résultats des actions et évaluations mises en œuvre.

L'implication des équipes en matière de signalement des événements indésirables est réelle dans la majorité des secteurs d'activité, et le retour d'information aux personnes concernés est en grande partie réalisé.

L'équipe qualité et le CGRAS apportent les compétences méthodologiques nécessaires auprès des professionnels lors des retours d'expérience, des patients traceurs, des revues de morbi-mortalité (RMM) et des autres méthodes d'évaluation mises en œuvre comme les « Very Quick Audit » au niveau des secteurs d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents utiles aux secteurs d'activité concernant le management de la qualité et la gestion des risques sont produits selon les règles inscrites dans la procédure de l'organisation et du mode de fonctionnement de la gestion documentaire. L'établissement a mis en place une gestion documentaire électronique via l'intranet permettant une mise à disposition des procédures, protocoles et supports méthodologiques auprès des professionnels. Cette gestion documentaire est sous la responsabilité de l'équipe qualité. Une partie de la gestion documentaire disponible demeure en version papier.

Les ressources en compétences en matière de mise en œuvre de la gestion des risques sont disponibles au sein de l'établissement. Les professionnels en charge de la stratégie qualité et gestion des risques sont formés. Par ailleurs les pilotes de processus ont reçu une formation en interne. Les professionnels en charge du déploiement de la culture qualité et sécurité des soins au niveau du terrain, notamment les correspondants qualité, bénéficient d'une formation en interne et également de formations avec des organismes externes (CREX, patients traceurs).

Les ressources en matériels sont disponibles au sein des secteurs d'activité tous équipés de matériels informatiques adaptés et en nombre suffisant. La FEI est informatisée, comme celle concernant les problématiques relatives aux vigilances ; elles sont disponibles via le logiciel informatisé de la gestion documentaire. Les chutes sont déclarées via les FEI. La charte d'incitation au signalement des événements indésirables est accessible dans le logiciel de gestion documentaire.

L'ensemble de ces ressources permet d'assurer la gestion et le suivi des actions de maîtrise des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management de la qualité et des risques, des évaluations des pratiques professionnelles, des vigilances et du dispositif de gestion de crise.

Une démarche de gestion des risques a priori est déployée dans les secteurs à risques également dans d'autres secteurs de soins comme en service de chirurgie vasculaire où une APR est en cours de réalisation. L'analyse des risques des processus a été réalisée à partir d'une cartographie des processus qui prend en compte les processus supports et les processus de management. L'analyse des risques a été réalisée soit selon la méthode d'Analyse Préliminaire des Risques (APR), pour les secteurs à risques et les processus identifiés comme prioritaires par l'établissement, soit à partir d'une réflexion de groupe dans les commissions en charge de processus comme celui du « dossier patient ». Cette analyse a donné lieu à une hiérarchisation des risques à partir d'une échelle validée et les risques prioritaires sont inscrits au compte qualité. Le suivi des risques est réalisé par les pilotes de processus deux fois par an, lors de

réunions associant la direction qualité.

Le dispositif de gestion documentaire institutionnel informatisé est connu des professionnels et son accès est maîtrisé via les postes informatiques des secteurs d'activité.

Cependant, ce dispositif est partiellement opérationnel. En effet, l'ensemble des documents qualité n'est pas intégré au dispositif de gestion documentaire institutionnel informatisé. Certains secteurs continuent à disposer d'une gestion documentaire papier non intégrée à la base informatique institutionnelle, avec des documents archivés uniquement au sein de l'unité, notamment en HAD, au bloc opératoire et en unité de PMOT. La gestion documentaire est alors sous la responsabilité des cadres infirmiers de secteur. Par ailleurs, l'ensemble des documents disponibles n'est pas actualisé dans le respect de la durée définie dans la procédure « d'élaboration des procédures et protocoles », comme le montre les résultats de l'indicateur « taux annuel de mise à jour des protocoles » suivi par la direction qualité.

La gestion des risques a posteriori est opérationnelle. Les fiches d'évènements indésirables informatiques sont transmises au CREX transversal et analysées de façon hebdomadaire. Elles sont ensuite adressées aux responsables des CREX de pôle pour action ou pour information. A charge au CREX de pôle de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires et de réaliser des analyses profondes de causes.

La mise en œuvre des EPP est opérationnelle et l'ensemble des secteurs d'activité organise des démarches d'EPP. Des RMM sont réalisées dans les secteurs à risques. Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont mises en œuvre conformément aux recommandations. Certains praticiens participent à des accréditations individuelles dans le cadre de leur spécialité, le service qualité gestion des risques disposant de la liste des praticiens accrédités.

L'établissement organise des exercices de crise en interne. En collaboration avec les tutelles, il réalise de façon régulière des exercices impliquant des partenaires externes (service départemental d'incendie et secours, forces de l'ordre et centre hospitalier) notamment dans le cadre du risque attentat.

Les représentants des usagers sont informés de façon régulière de la politique d'amélioration de la qualité. Le bilan annuel du service qualité est présenté en CDU où un point des évènements indésirables et du suivi du programme qualité et sécurité des soins du projet d'établissement est réalisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier Jacques CŒUR de BOURGES suit les indicateurs nationaux IQSS et en réalise un bilan. L'établissement suit également les indicateurs « Hôpital numérique » en rapport avec le processus. D'autre part, la direction qualité développe des indicateurs d'activité propres à l'établissement comme le nombre annuel de réunions de la Commission qualité-gestion des risques, le nombre annuel de réunions du CREX, le nombre annuel de signalements d'évènements indésirables, le nombre de signalements vigilances, ou le taux de réalisation cumulé du volet 4 Qualité du projet d'établissement.

Par ailleurs, une EPP sur la sécurité transfusionnelle a été conduite dans les unités de soins suite à la première visite de certification V2014 et donne lieu à un suivi régulier.

Le dispositif d'évaluation du processus repose sur un bilan annuel réalisé par le responsable qualité.

L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers le recueil des questionnaires de sortie, le suivi du dispositif e-Satis et l'expérience « Shadowing » menée dans certains secteurs de l'établissement.

A / AGIR

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

La politique qualité et sécurité des soins est évaluée chaque année au travers du bilan annuel de la démarche qualité. Le cas échéant, les objectifs non atteints sont reportés à l'année N + 1 et de nouveaux objectifs sont fixés. Un bilan de la gestion des risques est également dressé chaque année et des actions d'amélioration sont identifiées. Celles inscrites au compte qualité sont réévaluées tous les deux ans et un suivi biannuel lors des réunions des pilotes permet le cas échéant de mettre en place des actions d'amélioration.

Le recueil des IQSS a été réalisé de façon conforme à la réglementation et des actions d'amélioration ont été mises en œuvre pour celles dont le taux était en baisse.

Des actions de communication sur les résultats des évaluations conduites sont menées auprès des instances et des pôles, ainsi qu'auprès des usagers, notamment en ce qui concerne les indicateurs IQSS disponibles sur le site Intranet de l'établissement et affichées dans le hall d'accueil de l'établissement.

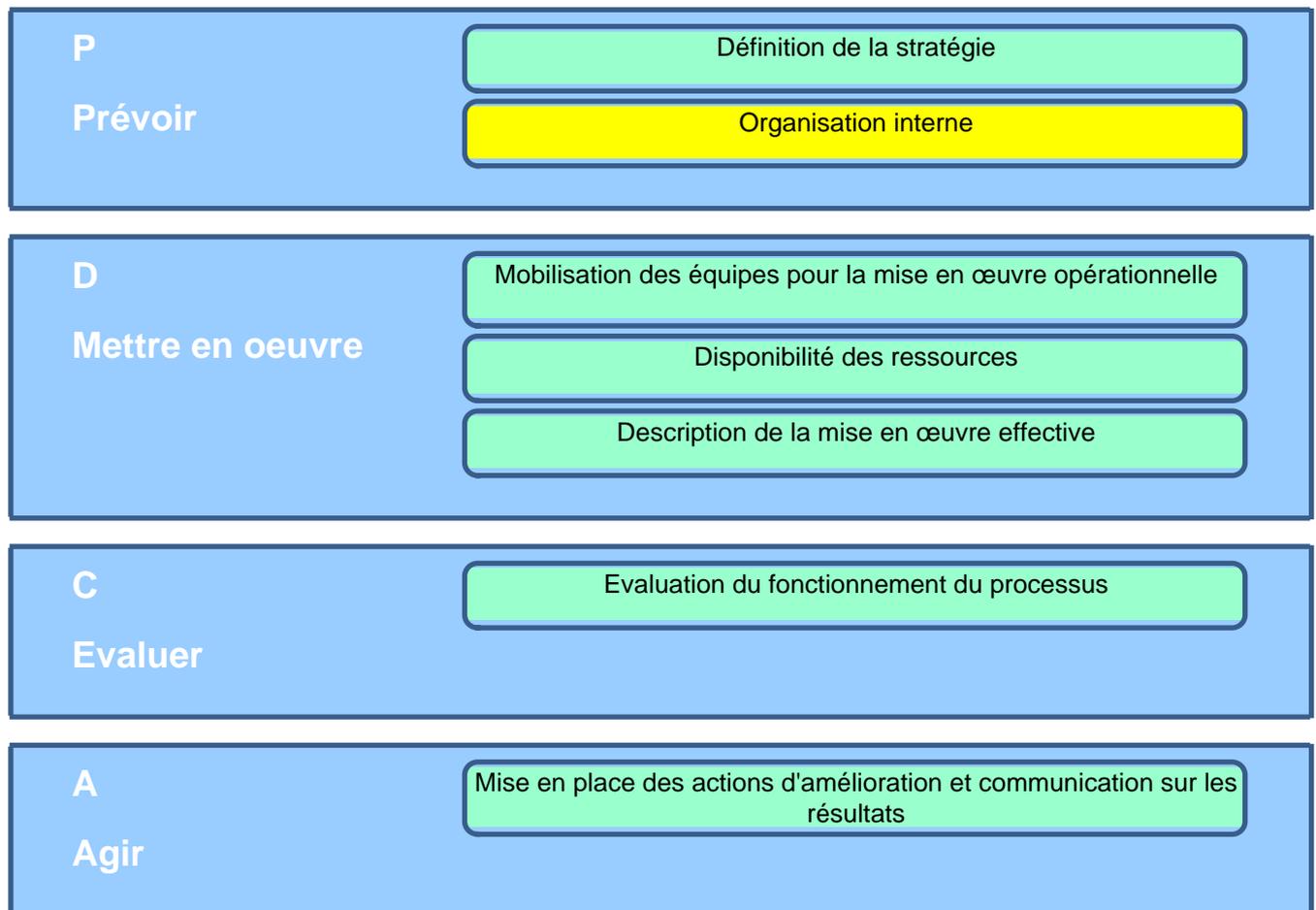
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES (CHB) déploie ses activités sur deux sites : le Centre Hospitalier Jacques Cœur et l'hôpital Taillegrain.

Dans son axe « soutenir les pratiques de soins », le projet médical insiste sur la poursuite de la sécurisation des soins en réduisant les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé, en particulier pour les infections relatives au site opératoire et aux dispositifs intravasculaires. Le développement du bon usage de l'antibiothérapie est également mis en avant.

La politique de maîtrise du risque infectieux s'est donnée pour objectif de renforcer les mesures d'hygiène afin de diminuer le risque infectieux nosocomial et le taux de prévalence des infections nosocomiales.

Les pilotes de processus ont identifié les besoins et analysé les risques inhérents à la gestion du risque infectieux avec les professionnels concernés. Ils ont utilisé les données sources suivantes : les exigences réglementaires, les résultats des différentes visites de certification, les résultats des indicateurs nationaux (ICALIN, ICABMR, ICALISO, ICSHA2, ICATB2, etc.), les résultats d'Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), les Événements Indésirables (EI), le bilan de la lutte contre les Infections Nosocomiales, les indicateurs internes (incidence des bactériémies nosocomiales, nombre d'Accidents d'Expositions au sang (AES), enquête nationale de prévalence, etc.).

Les analyses diverses réalisées ont permis d'identifier et prioriser quatre risques selon la grille d'Analyse Préliminaire des Risques (APR) : infections de sites opératoires, infection sur dispositif intravasculaire, non-conformité de l'entretien des locaux à haut risque infectieux, infection nosocomiale en Réanimation.

Ces risques ont été intégrés au compte qualité. Un plan d'actions, priorisé et daté avec échéances définies, validé par les instances a été élaboré. Les responsables des actions ont été identifiés. Des actions ont été mises en place concernant la prévention des infections du site opératoire (surveillance en continu selon le protocole national en Gynécologie, Viscérale, Orthopédie, Vasculaire, ORL, Ophtalmologie, Urologie) ; la prévention des infections sur KT courts et KT centraux ; la conformité de l'entretien des locaux ; et la prévention des infections nosocomiales en réanimation. Au-delà du plan d'actions réalisé pour répondre aux risques, l'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (UHLIN) et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ont réalisé un plan d'actions 2019, validé par les instances le 21 décembre 2018.

Les pilotes de processus sont les garants de l'avancée du plan d'actions inscrit au compte qualité, en collaboration avec la Commission Qualité et Coordination Gestion des Risques (CQCGDR), la CME, la Commission des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), le CLIN et l'UHLIN. Un bilan des plans d'actions est réalisé deux fois par an et est présenté annuellement aux instances. Les tableaux de bord qualité sont mis à disposition des responsables de pôles à partir d'un outil dédié. Les indicateurs nationaux disponibles sur les sites intranet et internet du CHB font l'objet d'une présentation aux instances et d'un affichage. Ils sont intégrés au livret d'accueil du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est réalisé par le praticien hygiéniste départemental et la présidente par intérim du CLIN. Ces pilotes s'appuient en interne sur le CLIN, l'UHLIN, la COMEDIMS et des référents hygiène. L'établissement s'appuie par ailleurs sur un réseau de différents acteurs. Il participe au Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS). Le praticien hygiéniste et une Infirmière (IDE) hygiéniste participent au bureau permanent.

Le CLIN est mis en place par la CME selon son règlement intérieur de 2012. Son président est un réanimateur. Le bureau du CLIN se réunit une fois par mois.

La COMEDIMS dispose d'un règlement intérieur (composition, rôle et fonctionnement) rédigé le 7 mai 2012.

Cependant, l'organisation générale pluri-professionnelle du bon usage des antibiotiques n'est que partiellement en place. Un guide de prescription est à la disposition des équipes médicales. Les infectiologues de l'établissement sont des personnes ressources dans le cadre du diagnostic. Toutefois, l'établissement ne possède pas de référent antibiotique, le dispositif de surveillance de résistance aux antibiotiques n'est pas en place et la Commission des anti-infectieux ne s'est pas réunie depuis 2 ans.

La stérilisation est organisée au sein de l'établissement.

L'UHLIN est composée d'un cadre de santé, missionné sur un temps dédié, de deux infirmiers (IDE) hygiéniste, d'un praticien hygiéniste présent trois jours par semaine, d'une Assistante Médico-Administrative (AMA) et d'un temps dédié de technicien de laboratoire (20%). Des référents Hygiène (1 infirmier et 1 aide-soignant) sont mis en place dans chaque unité.

Les référents hygiène sont formés à leur mission (deux jours en externe à la prise de fonction). Ils sont des relais de l'UHLIN. Ils bénéficient d'une réactualisation annuelle.

Le plan de formation 2019 prévoit 4 journées de formation « Hygiène » (quatre groupes de vingt personnes) où seront abordées les précautions standards et complémentaires, l'hygiène hospitalière, la gestion des excréta, la gestion des déchets.

Cependant, un programme de formation continue sur le bon usage des antibiotiques n'est pas défini au sein de l'établissement. Il n'existe pas de formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques. Aucune formation n'a été réalisée en 2017 et 2018. Aucune formation n'est prévue au plan 2019.

La Gestion Documentaire (GED) est informatisée et permet à chaque professionnel de prendre connaissance des procédures formalisées et de réaliser des Fiches d'Événements Indésirables (FEI). Les résultats d'indicateurs et d'audits sont communiqués par l'encadrement ou communiqués par le journal interne « Hôpital Infos », une fois par mois avec les fiches de paie.

Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont formalisés. Un mode de signalement est mis en place par le laboratoire concernant les patients porteurs de « BMR » et « clostridium » : une procédure est réalisée sur les conduites à tenir pour les services concernés et l'UHLIN. Il existe par ailleurs un système d'alerte informatique sur le logiciel médicament : un bandeau orange « BHRe » complété par un mail d'alerte au président du CLIN et au cadre de garde le week-end. La procédure est formalisée.

Les locaux et matériels sont conformes. Les circuits sont organisés (déchets, linge, propre/ sale, etc.), les locaux à déchets sécurisés, les chariots de bionettoyage adaptés, le circuit de désinfection de matériel conforme et la gestion des armoires à linge formalisée. Une partie de la gestion du bio nettoyage des locaux est externalisée. Un cahier des charges a été signé avec un prestataire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins et paramédicaux sont informés des objectifs de prévention des risques infectieux de leur secteur. L'équipe de l'UHLIN, en collaboration avec les référents hygiène, évalue les pratiques professionnelles lors d'audits : lavage des mains, utilisation des Solutions Hydro Alcooliques (SHA), etc. Les professionnels sont informés des résultats par voie d'affichage, lors des réunions de service, ou par le journal interne « Hôpital Infos ». Des plans d'actions sont mis en place de façon régulière.

Les réunions des correspondants hygiène ont lieu trois fois par an (après chaque CLIN). Un compte rendu est adressé aux cadres de santé.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux via les procédures, les journées de sensibilisation (lavage des mains, etc.), les affichages (« Opération précautions standards, vaccinations antigrippales, etc.). L'établissement participe à la semaine sécurité patient et développe des thématiques en lien avec le risque infectieux. Les professionnels sont par ailleurs sensibilisés au Accidents d'Exposition au Sang (AES) et à la vaccination.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les IDE de l'UHLIN et les référents hygiène suivent les formations prévues au plan de formation. Elles ont un Diplôme Universitaire (DU) en Hygiène. L'une d'entre elles dispose par ailleurs d'un DU stérilisation et d'un DU gestion des risques. La 2ème IDE a une formation en simulation. Un membre de l'équipe participe chaque année au congrès des hygiénistes. Une des hygiénistes participe aux CREX transversaux.

Les professionnels sont régulièrement formés à l'hygiène hospitalière et au risque infectieux lors de journées de formation institutionnelle. La sensibilisation à l'hygiène des mains est réalisée en continue dans les unités en fonction du score ICSHA des services.

Diverses procédures existent et sont accessibles dans la GED : modalités de l'entretien des locaux et matériels (réfrigérateurs, armoires, points d'eau, sanitaires, brancards, etc.), gestion des déchets (collecte des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI), recueil et évacuation des collecteurs piquants, gestion des excréta, etc.), précautions standards, port de gants, mise en place des tabliers, règles et gestion des tenues professionnelles, précautions complémentaires, etc.

Des procédures spécifiques liées à l'hygiène et au risque infectieux sont déclinées dans les secteurs à risques : bloc opératoires, salle de naissance, balnéothérapie, endoscopies, dialyse, imagerie interventionnelle, biberonnerie centrale (2 août 2006), stérilisation centrale (16 mars 2018), hygiène dans les offices alimentaires et gestion des réfrigérateurs et des congélateurs à usage alimentaire (6 mars 2019).

Une procédure générale sur les prélèvements environnementaux du 7 juin 2018 est accessible. Elle définit l'organisation des prélèvements (professionnels habilités, documents...), les coordonnées des intervenants, la stratégie des prélèvements, la répartition des locaux en fonction du risque infectieux potentiel, l'organisation des prélèvements de l'air, l'organisation des prélèvements d'eau, l'organisation des prélèvements de surface, les générateurs de dialyse, les endoscopes thermosensibles, les armoires de stockage des endoscopes, etc.

Des documents d'information sont remis au patient dans certaines situations : fiche d'information sur les chambres implantables, plaquette « Vous êtes porteur de Bactéries Multi Résistantes aux Antibiotiques »

(BMR) », etc. Une sensibilisation « ATB bien utilisés, tous concernés » en direction des usagers est en ligne sur le site intranet.

Les équipements nécessaires à la mise en œuvre des précautions d'hygiène (standards et complémentaires) sont disponibles dans les services. Des solutions hydro-alcooliques sont disponibles dans la grande majorité des chambres, sur les chariots de soins, et dans les circulations. Des lave-bassins sont mis en place dans les unités. Du matériel à disposition est adapté aux risques. Les infirmières bénéficient de matériel de protection à usage unique : gants, sur blouses, lunettes de protection. Le matériel est sécurisé et réévalué si nécessaire. Un affichage sur la conduite à tenir en cas d'AES est retrouvé dans différents postes de soins et dans la gestion documentaire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'UHLIN met en œuvre la politique de prévention du risque infectieux, les techniques d'isolement, les contrôles de l'environnement.

L'équipe de l'UHLIN élabore les protocoles et les réajuste, investigate en cas d'épidémie ou d'alerte, surveille les infections nosocomiales, les analyse et informe. L'équipe de l'UHLIN se rencontre tous les lundi matin pour faire un point sur les dossiers en cours, les protocoles à finaliser, etc. Il existe une procédure et un tableau de bord des prélèvements environnementaux.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre sous l'impulsion de l'UHLIN et des référents hygiène. L'UHLIN est consultée et ou missionnée par le CLIN.

Des traçabilités sont en place sur la majorité des secteurs. La visite de terrain a permis de vérifier leur complétude dans la majorité des cas.

Concernant le bon usage des antibiotiques, la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} à la 72^{ème} heure n'est pas effective pour l'ensemble des patients. En réanimation (dossier papier) et en dialyse (logiciel spécifique), la réévaluation est effective et tracée. Cependant, pour les autres secteurs d'activité, un grand nombre de praticiens de l'établissement ne réévalue pas l'antibiothérapie dans ces délais, ou ne la trace pas, comme le confirme le score ICATB2 de l'établissement. Les praticiens n'utilisent pas l'alerte prévue par le logiciel par méconnaissance de son existence.

Les tableaux de bord et les indicateurs liés au risque infectieux sont suivis en continu par les IDE hygiénistes qui font le lien avec les instances et les professionnels. Les indicateurs sont diffusés aux professionnels.

L'organisation mise en place entre les différents secteurs d'activité (pharmacie, laboratoire externe, UHLIN, services de soins) permet une prise en charge adaptée du patient. L'UHLIN intervient au sein des services et accompagne les professionnels. Suite aux alertes réalisées par mail par le laboratoire aux équipes de l'UHLIN et services pour les patients porteurs de « BMR » et « clostridium », l'IDE Hygiéniste appelle le service concerné, accompagne les équipes dans la mise en place de l'isolement : affichage sur la porte, fiche technique et de suivi dans le dossier, demande au médecin de réaliser les prescriptions médicales, remplit les documents nécessaires. Une requête informatique est réalisée le mercredi sur les patients en statut infectieux, ce qui permet à l'UHLIN de vérifier les mises en isolement et les prescriptions.

L'organisation définie dans les procédures et protocoles sur les conditions d'hygiène des locaux est effective et suivie. L'hygiène des locaux est sous traitée pour certains secteurs (ascenseurs, WC publics, bureaux, etc.). Un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations. Des collaborations sont engagées avec l'équipe de bionettoyage interne. Des évaluations sont réalisées périodiquement sur la qualité de la prestation. Des rencontres régulières ont lieu entre les équipes encadrantes.

Le bionettoyage interne, organisé par secteurs d'activité, est centralisé et tracé. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une journée de doublure par un référent.

Des locaux fermés et sécurisés sont organisés dans tous les services pour la gestion des déchets et du linge sale. Les chariots de ménage sont adaptés et en nombre suffisant. Les circuits sont organisés (déchets, linge, etc.). Des containers spécifiques sont identifiés. Le linge propre est transporté dans des armoires, le linge sale dans des bacs spécifiques. Les transports logistiques se font via des transporteurs automatisés appelés « girafes ». Les agents connaissent les horaires des circuits et organisent leurs activités en fonction de ceux-ci.

Les précautions standard sont rappelées régulièrement aux personnels qui disposent d'équipements de protection à usage unique. Le bionettoyage est adapté au risque. Les précautions complémentaires sont diffusées et les patients sont informés.

Afin de surveiller les voies veineuses périphériques et éviter les infections de cathéter, les IDE utilisent l'échelle de MADDOX (Une nouvelle procédure a été réalisée sur la gestion des cathéters périphériques, et validée par le CLIN en avril 2018).

La conduite à tenir en cas d'AES affichée dans les services visités est connue des professionnels. L'analyse des AES est réalisée en collaboration avec la santé au travail.

Une information annuelle est réalisée sur la vaccination par le médecin du travail (comme expliqué par les professionnels). En septembre 2018, un quizz a été réalisé et adressé avec les fiches de paie. L'équipe du service de santé au travail se déplace sur site à toute heure. Un badge a été mis à disposition des

personnels vaccinés.

Les instances sont opérationnelles. En 2018, le CLIN et la COMEDIMS se sont réunis à quatre reprises. Les représentants des usagers sont invités à participer aux réunions du CLIN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Diverses évaluations du dispositif de maîtrise du risque infectieux sont menées et exploitées pour identifier les actions correctives.

Les indicateurs nationaux et ceux définis par l'établissement sont suivis régulièrement dans un tableau de bord : consommation des solutions hydro alcooliques par service, nombre d'AES, nombre d'isolements, etc.

Des audits sont réalisés régulièrement : évaluation de la fiche de liaison unités de soins/ bloc, questionnaires sur l'hygiène des mains et utilisation du SHA (222 personnels audités en 2018), pose de cathéters courts et utilisation de l'échelle de MADDOX, etc.

Un tableau de suivi trimestriel de l'ICSHA est réalisé par service et affiché dans chaque unité. Il existe un tableau de suivi des BMR.

Des prélèvements environnementaux sont réalisés selon un calendrier établi (eau, air, surface, endoscopie, etc.)

Un CREX a été réalisé sur la rougeole fin 2018. En janvier et février 2019, suite au signalement d'infections nosocomiales sur cathéters courts, deux retours d'expériences ont été réalisés.

Des analyses des causes sont conduites après chaque AES. Les chiffres 2018 sont en forte baisse par rapport aux années antérieures.

Une charte d'incitation est réalisée auprès des professionnels pour réaliser des FEI. Une IDE rencontrée en a réalisé à deux reprises ces derniers mois : prélèvement mal identifié en dialyse, et non mise en isolement d'un patient présentant un clostridium difficile.

Les représentants des usagers collaborent à la politique du risque infectieux en participant aux CLIN. Chaque année le bilan de celui-ci est présenté en Commission des Usagers (CDU).

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en place au regard des résultats obtenus.

Différents groupes de travail sont effectifs et leurs travaux sont formalisés par un compte rendu de réunion. Des professionnels pluridisciplinaires y participent : mise à jour de la préparation cutanée, bio nettoyage des secteurs à haut risque infectieux, etc. Les cadres et médecins sont alertés par mail lorsqu'il y a de nouvelles procédures.

Un groupe de travail est en place sur « la promotion de l'hygiène des mains ». Suite au Very quick audit réalisé, une sensibilisation est prévue en 2019 sur l'innocuité des solutions hydro-alcooliques.

La semaine sécurité patient est organisée de façon annuelle. En 2017, un stand d'information sur l'hygiène des mains ouvert aux professionnels et usagers a été installé dans le hall de l'établissement (quizz, photos, boîte à SHA). En 2018, un concours photo a été réalisé sur l'hygiène des mains.

Des supports de communication sont réalisés en collaboration avec les autres établissements du GHT. Une « Opération précautions standards » a été réalisée en 2018, avec affichage sur les écrans de veille.

Des mails sont adressés régulièrement aux groupes « médecins », « cadres supérieurs de santé » et « cadres de santé » pour diffusion des résultats de surveillance et l'envoi des scores annuels ICSHA.

La lettre d'information « Hôpital Infos » adressée mensuellement avec la fiche de paie informe des résultats des quick audits, des évolutions des procédures, des scores des indicateurs. En janvier 2019, une information a été réalisée sur les infections associées aux soins.

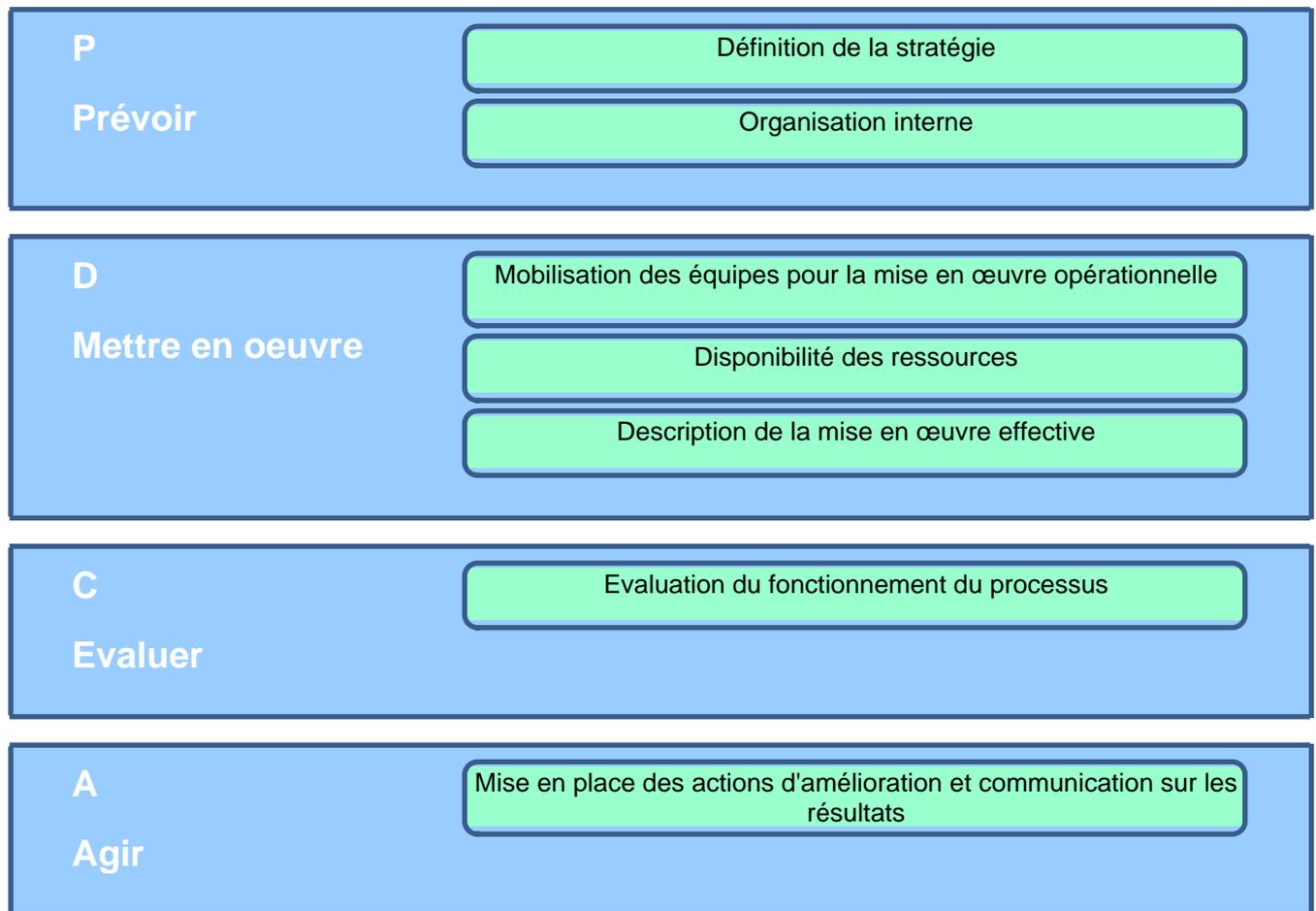
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques CŒUR de BOURGES a défini une politique relative aux droits des usagers qui est intégrée au Projet d'établissement sous la forme d'un axe spécifique partagé par le projet de soins et le projet qualité.

L'établissement a rédigé par ailleurs une politique des « Droits du patient et du résident » qui se décline en quatre axes :

- respecter les droits du patient et résident à chaque étape du processus de prise en charge ;
- promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance ;
- garantir l'information du patient, notamment en cas de dommages liés aux soins ;
- associer davantage le patient et le résident à la qualité de sa prise en charge.

Cette stratégie est révisée annuellement en concertation avec la CDU.

Une cartographie des risques liée au respect des droits du patient a été élaborée en faisant appel à un groupe pluridisciplinaire (comprenant notamment les représentants des usagers). Cette cartographie a été établie à partir de plusieurs sources d'information : réclamations, audits, événements indésirables (EI) déclarés, précédentes visites de certification, propositions de la Commission Des Usagers (CDU), indicateurs IQSS, et CREX, et sur la base d'une cartographie du processus (qui reprend le parcours du patient de l'entrée à la sortie). Parmi les risques identifiés, trois ont été considérés comme prioritaires et intégrés au compte qualité. Cette cartographie a servi de base à l'élaboration d'un plan d'amélioration avec cinq actions identifiées, et pour chacune d'entre elles une échéance arrêtée et un pilote désigné.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique des « droits des patients » est assuré par la Directrice de la Qualité. Ses missions sont décrites dans la fiche générique du pilote de processus.

Un groupe pluridisciplinaire dénommée « Groupe bientraitance » organise autour de ce pilotage la mise en place de la plupart des actions liées à cette thématique.

L'établissement propose annuellement des formations sur le thème de la bientraitance et sur le thème plus général des droits des patients. Des formations sur le thème de la confidentialité sont également planifiées en 2019.

Un comité d'éthique est en place sur l'établissement et organise des réunions à thème.

Des procédures ont été rédigées pour l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, la gestion des plaintes et réclamations et la gestion des questionnaires de satisfaction.

Toutefois, les dispositions de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies. Il n'existe pas de procédure formalisée relative à la déclaration d'un cas de maltraitance et, lors des visites dans les services, les professionnels ont apporté des réponses différentes lorsque la question leur a été posée (information du cadre, signalement par fiche d'événement indésirable, signalement de violence hospitalière, etc.).

La désignation de la personne de confiance et le recueil des directives anticipées sont organisés : mention dans le livret d'accueil, fiches spécifiques dans le dossier du patient, procédures prévues dans la gestion documentaire, affichage dans les services, etc.

En réanimation, des dispositions spécifiques sont en place autour du niveau d'engagement thérapeutique (fiche traçant la réflexion collégiale et la participation du patient et/ou des proches).

Dans certaines unités (déchoquage, réanimation, etc.) des séparations sont prévues lorsque les locaux sont susceptibles d'accueillir simultanément plusieurs patients.

Dans la plupart des services, des locaux dédiés (salons) ou accessibles (bureaux) sont réservés à l'accueil les familles. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un logement qui peut être proposé aux familles qui en manifesteraient le besoin.

De nombreuses dispositions sont arrêtées pour faciliter un accueil personnalisé : liste d'interprètes (avec possibilité d'utiliser une société spécialisée si nécessaire), système de questionnaire à base de dessins, mise à disposition de lits accompagnants, horaires de visite élargis, etc.

L'établissement est engagé dans l'agenda accessibilité.

L'articulation entre le système des plaintes et réclamations et le système de gestion des risques de l'établissement est assurée par la Directrice de la Qualité et par l'existence d'un gestionnaire des risques « maltraitance », dont les missions sont définies par une fiche de poste.

La CDU est composée conformément à la réglementation et possède un règlement intérieur qui organise son fonctionnement.

Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de nombreux groupes et associés au fonctionnement de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs opérationnels liés au respect des droits des patients (et le plan d'actions associé) sont déployés dans tous les secteurs de l'établissement.

Les responsables des unités (cadres de pôles et cadres des services), appuyés par les membres du « groupe bientraitance » sensibilisent les agents au respect des libertés individuelles (contention), aux pratiques de bientraitance, et plus généralement sur tous les thèmes liés au respect des droits des patients (directives anticipées, désignation de la personne de confiance, etc.).

Les responsables des services suivent au quotidien le fonctionnement des unités et s'assurent du respect des droits des patients, notamment dans les pratiques de soins ou du respect de la confidentialité.

En cas d'identification d'un dysfonctionnement, les cadres mettent en œuvre les actions correctives appropriées (sensibilisation, commande de matériel, demandes de formation, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels bénéficient de formations sur la bientraitance et l'éthique.

Les personnels disposent de l'expertise du service mobile de soins palliatif pour les soutenir autour des questions liées à l'éthique.

Le livret d'accueil du patient comporte les informations liées aux missions de la CDU, aux moyens de contacter les représentants des usagers, aux informations sur la désignation de la personne de confiance, la prise en charge de la douleur, le dispositif de médiation, les soins palliatifs, la fin de vie (et en particulier la possibilité de rédaction des directives anticipées), les modalités d'accès du patient à son dossier, etc.

Par ailleurs, l'affichage dans les services permet d'informer le patient et son entourage sur ses droits : Charte du patient hospitalisé, de l'enfant hospitalisé (en pédiatrie), sensibilisation à la personne de confiance et au recueil des directives anticipées, etc.

De nombreuses informations relatives aux droits du patient sont également disponibles sur le site internet et le système de gestion documentaire de l'établissement, notamment en ce qui concerne la CDU : Composition, missions, recours possible à la médiation, etc.

Les mesures d'accompagnement prévues par l'établissement (lits d'appoint, accès facilité en dehors des heures, casier pour ranger les affaires personnelles dans certains services) sont disponibles pour les accompagnants qui le souhaitent.

Les locaux sont le plus souvent adaptés au respect de la dignité et l'intimité des patients (nombreuses chambres à un lit, boxes de soins).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions favorisant la bientraitance sont organisées dans les services et sont connues des professionnels.

Les informations confidentielles sont tenues à l'abri des regards indiscrets (postes informatiques avec écran de veille automatique, salles de soins fermées, dispositions spécifiques en réanimation avec le dossier papier rangé dans une armoire, salon, etc.)

Les soins, en particulier d'hygiène, sont pratiqués en respectant du mieux possible l'intimité du patient dans les chambres à deux lits : position des soignants entre les patients et utilisation des rideaux de séparation lorsqu'ils sont disponibles.

Le recueil du consentement éclairé du patient est en grande partie recherché et tracé dans le dossier de soins.

Cependant, la traçabilité de ce recueil n'est pas retrouvée dans certains cas dans le dossier du patient. Le consentement éclairé pour la réalisation d'une coronarographie et d'une angioplastie est remis au patient par l'infirmière du service afin qu'il soit paraphé. Le document est récupéré par l'infirmière, une fois paraphé, avant d'être archivé dans le dossier sans qu'une information médicale ne soit réalisée. Par ailleurs, les cystoscopies et les nasofibroscopies ne font pas l'objet d'une fiche de recueil du consentement éclairé du patient.

Le patient (ou son entourage) est impliqué dans son projet personnalisé de soins (ou son projet de vie en USLD).

Sa douleur est évaluée, tracée et soulagée.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale et d'une réévaluation régulière.

La recherche du recueil de la personne de confiance est tracée dans le dossier patient informatisé.

La CDU se réunit régulièrement, en conformité avec la réglementation, et les réunions font systématiquement l'objet de comptes rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise de nombreuses démarches pour évaluer la thématique des droits des patients :

- participation aux IQSS nationaux relatifs aux droits des patients (trace dans le dossier du recueil de la personne de confiance, etc.) ;
- organisation d'un « Very Quick Audit », en décembre 2017 ;
- lancement d'une démarche « shadowing » aux consultations pour mieux appréhender la vision du patient ;
- évaluation de la satisfaction des patients au travers l'enquête nationale e.Satis et le recueil de questionnaires de satisfaction internes ;
- réalisation de cinq patients traceurs en 2018 ;
- conduite en 2018 d'un audit sur le dossier de soins comportant plusieurs items relatifs au respect des droits des patients.

Le CDU est associée à ces évaluations, et les résultats sont présentés dans les différentes instances de l'établissement (Directoire, CME, réunions de cadres).

Certaines évaluations (Very Quick Audit par exemple) ont fait l'objet d'une publication dans le journal interne de l'établissement.

A / AGIR

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

Les évaluations réalisées et les préconisations de la CDU conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration : campagne de sensibilisation sur le recueil de la personne de confiance, sur la thématique des directives anticipées, modification de la composition du « groupe bientraitance », etc.

Les résultats des indicateurs IQSS sont affichés à destination des usagers et des professionnels de l'établissement. Ils sont également diffusés lors des réunions institutionnelles (CME, réunions de cadres).

Les plaintes et réclamations sont portées à la connaissance des membres de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

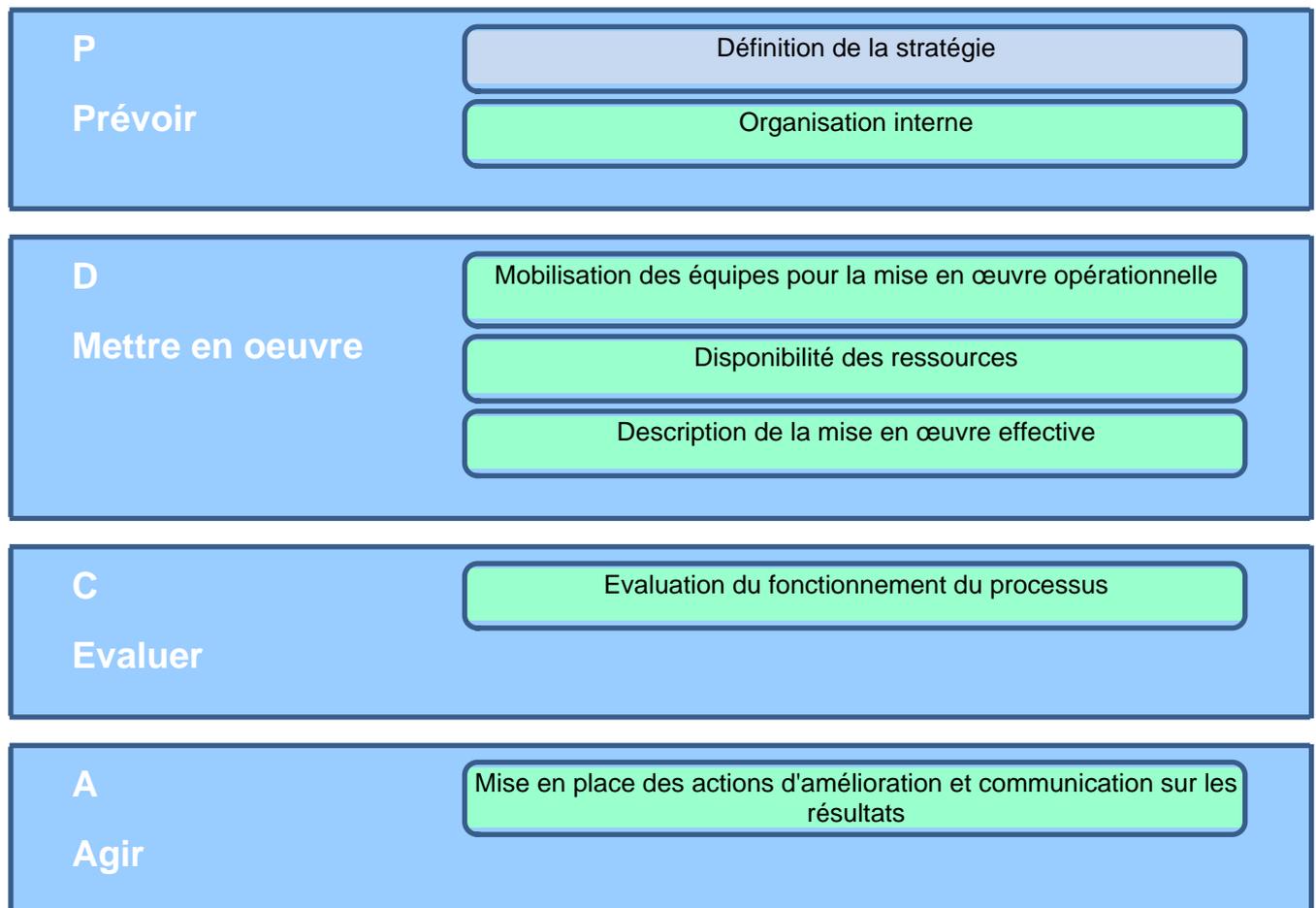
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES (CHJC) a défini une stratégie de prise en compte du parcours du patient sur la base d'une identification du contexte, des missions de l'établissement et du rapport de certification de la précédente visite V2014.

Le projet d'établissement 2016/2020 place le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES en tant qu'établissement ancré dans son territoire avec pour objectifs principaux en matière de parcours du patient sa participation à l'organisation d'une offre de soins graduée, la consolidation des missions de recours, son positionnement comme structure de recours pour les soins d'urgence, et la dynamisation de l'offre de soins en chirurgie. Le renforcement des filières patients est une priorité notamment en cardiologie, dans la prise en charge de l'AVC et l'optimisation de la filière neuro-vasculaire, la coordination départementale des services d'urgences, la structuration de la filière gériatrique, la formalisation du parcours en cancérologie, ou le parcours du patient non programmé.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du CHER regroupant les Centres Hospitaliers de BOURGES (établissement support), de SAINT-AMAND-MONTROND, de SANCERRE, de VIERZON et l'établissement intercommunal de santé mentale du CHER Georges Sand a élaboré son Projet Médical Partagé (PMP) 2017/2022 au 1er juillet 2017. Ce dernier fixe des objectifs médicaux en matière de filières de soins comme :

- accroître les liens entre les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de décloisonner les parcours ;
- formaliser des filières de soins afin d'offrir aux patients une offre de santé complète et graduée ;
- éviter les ruptures de parcours des patients ;
- identifier les risques dans les parcours qui seront formalisés à l'échelle du GHT.

Le PMP définit entre autres une organisation par filière pour une offre de soins graduée sur la « Cancérologie », les « Soins de Suite et de Réadaptation », les « Urgences », le « Prélèvements Multi-Organes (PMO) », les « Soins Palliatifs », la « Chirurgie », les prises en charges « Cardio-vasculaires », la « Psychiatrie », la « Gynécologie/obstétrique/pédiatrie », la « Néphrologie-hémodialyse », la « Gériatrie », « l'AVC » et « l'Addictologie ». Des conventions sont également passées avec les EHPAD de la région dans le cadre de la filière gériatrique (avec celle d'HENRICHEMONT, et avec l'EHPAD « Les Résidences de Bellevue » de BOURGES).

Le Centre Hospitalier Universitaire de TOUR se positionne quant à lui comme établissement de référence et de recours pour le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES. Par ailleurs, une convention de coopération signée en mai 2014 engage les deux établissements dans une structuration de l'offre de soins dans le but de participer à l'organisation de la filière de soins en région Centre.

Des risques ont été identifiés au sein de l'établissement par le top management (direction et médecins). Leur analyse à partir d'une grille de criticité a permis de les hiérarchiser et les principaux ont été versés au compte qualité en ciblant l'absence de projet de soins formalisé, le défaut d'information des structures d'aval, l'absence de formalisation des parcours patients gradués sur le territoire, et le défaut d'identification des résidents en USLD. Ces risques sont assortis d'un plan d'actions décliné au sein de chacun des pôles en fonction de leur pertinence par rapport au périmètre des prises en charge, avec des modalités de mise en œuvre définies.

L'établissement collabore également avec la communauté professionnelle de territoire de santé sur BOURGES et l'est du département en développant des consultations non programmées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique est assuré principalement par la directrice générale, le président de la CME et la coordinatrice générale des soins.

Le pilotage opérationnel se décline par pôle d'activité et repose sur les trinômes de pôle composés pour chacun d'entre eux du chef de pôle, du cadre supérieur de pôle et du cadre administratif de pôle. Tous les pilotes ont reçu une lettre de mission générique mentionnant les attendus de l'établissement, notamment en termes de conduite de projet.

L'organisation dans les unités de soins permet d'assurer l'adéquation des effectifs aux besoins en personnel pour garantir la qualité ainsi que la sécurité des prises en charge. Des tensions existent au niveau des effectifs médicaux dans certains domaines d'activité comme le service des urgences, ce qui amène l'établissement à adapter ses organisations, avec un recours à l'intérim et aux plages additionnelles.

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) est en place et se réunit trois à quatre fois par an. Les numéros d'appel pour les gardes et astreintes sont répertoriés pour toutes les spécialités représentées au sein du Centre hospitalier Jacques CŒUR de BOURGES, afin de garantir la permanence des soins 24h24.

Des formations sont dispensées aux personnels pour parfaire leurs compétences dans tous les secteurs d'activité, avec entre autres des formations en lien avec l'éducation thérapeutique du patient (exemple :

de l'information à l'éducation thérapeutique), la prise en charge des urgences vitales (formation AFGSU dispensée par le CESU), les troubles nutritionnels (exemple : prévention de la dénutrition), la prise en charge des personnes atteinte d'un handicap (exemples : apprendre à se comprendre pour garder une relation avec la personne malentendante ; manutention des patients handicapés) ou sur la prévention du risque suicidaire.

Une organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique est en place avec des programmes autorisés par l'ARS Centre concernant « L'éducation thérapeutique du patient stomisé » et « L'éducation du patient diabétique »

La fonction transport des patients est centralisée au sein de l'établissement.

La gestion documentaire (en grande partie informatisée) intègre l'ensemble des documents et procédures nécessaires à la prise en charge du patient au décours de son parcours de soins, quelles que soient les unités dans lesquelles il est amené à séjourner (service d'accueil des urgences, secteur d'hospitalisation, etc.). Des documents informatifs sont élaborés à destination des patients (Livret d'accueil, supports pour l'éducation thérapeutique, etc.).

Le système d'information prend en compte les besoins de l'établissement et du territoire (développement de la télémédecine, messagerie sécurisée, mise en place du Dossier Médical Partagé, etc.)

La gestion des interfaces est organisée et permet une articulation opérationnelle entre les secteurs d'activité (secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres des pôles conduisent la déclinaison des thématiques relatives au parcours du patient en portant à la connaissance des professionnels les objectifs et les actions définis au niveau stratégique, selon leur pertinence par rapport à l'activité concernée (secteur à risque, unité d'hospitalisation, etc.). Il en va ainsi des séquences liées à l'accueil du patient (supports de traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge initiale, etc.), à l'évaluation continue de l'état de santé du patient (transmissions ciblées), à la coordination de la prise en charge à travers la constitution du dossier patient, aux modalités de prise en charge des urgences vitales (chariot d'urgence, etc.), à la prise en compte du risque suicidaire dès l'entrée, à la sortie du patient (envisagée le plus précocement possible lors du séjour), ou aux activités de soins de suite et de réadaptation (soit en secteurs d'hospitalisation, soit en SSR réadaptation cardiaque).

Les équipes d'encadrement de proximité s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues par leur présence effective sur le terrain et la conduite de séquences d'évaluation (vérification de la traçabilité dans le dossier des items à renseigner, etc.).

Les résultats des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont affichés dans les unités de soins ou à disposition dans des classeurs de service. Les personnels signalent les dysfonctionnements à travers les fiches d'événements indésirables dans le but de mettre en place des actions correctives ou d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les tableaux de garde, d'astreinte et de service sont affichés dans les unités ou en lecture sur les postes informatiques, et les règles relatives à la permanence des soins sont respectées.

Les formations nécessaires à l'actualisation et au développement des connaissances prévues au plan de formation sont suivies par les professionnels.

Toutefois, la formation des professionnels aux premiers gestes de secours n'est pas toujours actualisée dans le respect de la réglementation. En effet, l'inscription aux séquences de recyclage AFGSU est gérée directement par les cadres de santé, en fonction des places disponibles aux formations animées par le CESU et des possibilités de service. Cependant, les personnels ne bénéficient pas toujours de l'actualisation de leur connaissance concernant la formation aux gestes et soins d'urgence (niveau 1 ou 2) dans le délai de quatre ans, telle que le prévoit la réglementation.

Le système de gestion documentaire de l'établissement permet au professionnels un accès aisé aux protocoles et modes opératoires qui concernent leur lieu d'exercice, et les documents sont actualisés avec la participation des personnels.

Le système d'information (informatique et papier), de par sa structuration, facilite la coordination de la prise en charge tout au long du parcours patient.

Des chariots d'urgence vitale sont localisés et opérationnels dans les unités de soins. Des défibrillateurs sont également positionnés dans certaines circulations.

Les équipements nécessaires à l'activité sont disponibles et opérationnels dans les unités de soins. Des travaux sont conduits pour améliorer la qualité de la prise en charge (bâtiment dédié pour l'activité d'ophtalmologie, service de réadaptation cardiaque récent et fonctionnel, etc.).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le livret d'accueil est remis au patient dès son entrée par le personnel soignant qui délivre une information sur les conditions de séjour.

La prise en charge des patients est établie à partir d'une évaluation initiale médicale et soignante, dès la phase d'admission, permettant d'identifier ses besoins.

Un projet de soin personnalisé, concerté avec le patient et/ou son entourage, intégrant la réflexion bénéfique/risque, est défini de manière pluriprofessionnel (staff en SSR), et réévalué autant que nécessaire (trame sur un support institutionnel dédié). Il prend en compte la situation personnelle du patient et ses souhaits, notamment en termes de devenir (retour à domicile, orientation vers une structure d'aval via Trajectoire, suivi PRADO en maternité, orthopédie, etc.).

Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge (équipe de kinésithérapeutes dans les unités de soins et sur le plateau de réadaptation cardiaque).

La continuité de la prise en charge est assurée par des temps de transmission entre les équipes soignantes, avec comme support de coordination le dossier du patient. La traçabilité des informations est réalisée dans le dossier du patient pour toutes les étapes de la prise en charge.

Les modalités de prise en charge des urgences vitales sont connues des professionnels et une fiche réflexe est affichée dans les services avec les numéros d'urgence actualisés selon les cas rencontrés ou le site concerné. La complétude des chariots d'urgence est vérifiée par les infirmières mensuellement (matériels et médicaments) avec une traçabilité effective.

La prise en charge nutritionnelle est une préoccupation du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) qui se réunit régulièrement et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est calculé automatiquement par le logiciel du dossier de soins dès l'entrée. Un questionnaire de « non goût » est renseigné à l'arrivée du patient. Des actions singulières sont déployées comme les « repas fraîcheurs » pour redonner l'envie du goût au patient, ou le « manger mains » pour certaines personnes âgées en USLD.

Le risque suicidaire est identifié dans la macrocible d'entrée avec plusieurs items à renseigner (troubles de l'humeur, etc.). Si le risque s'avère prégnant, le médecin prend en charge le patient pour une évaluation en lien avec les psychologues.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique se traduit de diverses manières, comme avec la mise en place de soins dentaires sous anesthésie générale pour les personnes atteintes d'un handicap ne pouvant être opérées en ville, la prise en charge des détenus par une infirmière et un médecin dans l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) de la Maison d'arrêt de BOURGES, ou la mise à disposition de chambres ou matériels adaptés pour les patients obèses.

La sortie du patient est organisée permettant d'assurer la continuité de la prise en charge avec les professionnels d'aval (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

Cependant, la lettre de liaison, élément clé de la continuité des soins, n'est pas toujours remise au patient le jour de sa sortie en MCO, tel que l'atteste le score de l'indicateur IQSS. L'établissement réalise actuellement un travail d'identification des risques sur le process d'élaboration de la lettre de liaison, ainsi que de réorganisation des secrétariats pour se mettre en conformité par rapport aux attendus réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du parcours patient. Le dispositif repose essentiellement sur une évaluation annuelle de l'état d'avancement du Projet d'établissement et sur l'évaluation annuelle du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (28 mai 2018).

Le suivi est également assuré par un bilan dressé au sein de chacun des pôles sur les thématiques les concernant (selon qu'il s'agisse d'un secteur à risque ou d'hospitalisation).

Des évaluations des pratiques professionnelles sont également conduites comme sur le dépistage précoce de la surdité, l'évaluation des troubles nutritionnels, la prise en charge initiale de l'AVC ou le chemin clinique cataracte. Des audits sont réalisés sur la nutrition (mars 2018), sur la lettre de liaison (de septembre à octobre 2018), et une étude en USLD est menée sur « Comment les compléments nutritionnels sont-ils pris ? ».

Le suivi des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins permet aussi d'appréhender l'efficacité des actions d'amélioration mises en place.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés à travers le suivi du plan d'actions du compte qualité.

Des actions d'amélioration ont été mises en place notamment au niveau de la prévention de la

dénutrition, de la filière AVC avec le concours d'une infirmière animatrice en charge du suivi des patients éligibles à une thrombolyse, de la prise en charge des urgences ophtalmologiques, ou avec la création d'une Equipe Mobile Gériatrique de Territoire 18 (EMGT 18) pour prévenir le risque de dépendance chez les personnes âgées de plus de 60 ans à domicile. D'autres sont en cours comme sur la lettre de liaison à remettre le jour de la sortie du patient.

Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont présentés aux instances et aux réunions de pôle.

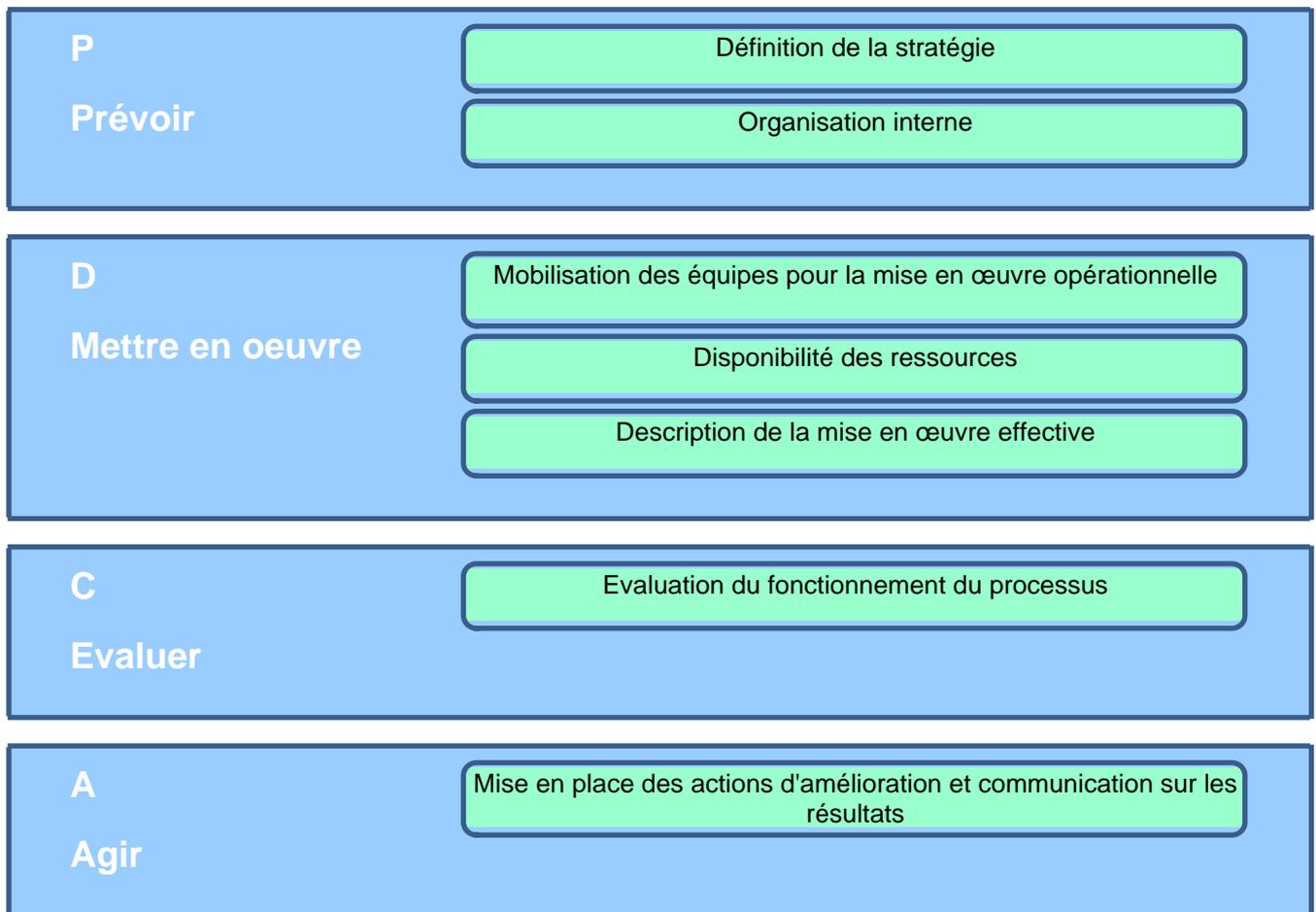
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est formalisée dans l'établissement depuis de nombreuses années et a fait l'objet de plusieurs mises à jour (environ tous les deux ans).

Un groupe pluridisciplinaire dénommé « Coordination de la Politique du Dossier Patient » est chargé de définir et de mettre à jour cette politique. Ce groupe, dirigé par un médecin, est composé de seize membres impliqués dans les différentes étapes de la vie du dossier patient : médecin DIM, secrétaires, soignants, médecins, responsable qualité, etc.

Le dossier patient du Centre Hospitalier de Bourges est en grande partie informatisé. La prescription et l'administration des médicaments sont informatisées dans tous les secteurs à l'exception de la réanimation. Les autres prescriptions (biologie, imagerie, examens) sont totalement informatisées. Les macro-cibles d'entrée et de sortie sont également informatisées, ainsi que tous les documents « clefs » (comptes rendus d'hospitalisation, opératoires, etc.).

Le groupe a réalisé une analyse préliminaire des risques (APR) et a identifié puis hiérarchisé les risques liés au processus « Gestion du dossier patient », avec l'appui de la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques. Les indicateurs IQSS, les résultats d'audits précédents, les patients traceurs et les résultats des précédentes visites de certification ont également été utilisés pour compléter l'identification des risques liés à cette thématique.

La cartographie résultante comporte trois risques prioritaires qui ont été intégrés au compte qualité de l'établissement.

Cette cartographie a été utilisée pour définir un plan d'actions sur la thématique du dossier patient qui en comporte sept. Un pilote a été désigné par le groupe et un échéancier a été défini pour chacune de ces actions.

L'ensemble de ce travail a permis la mise à jour de la politique du dossier patient en juillet 2018, à savoir :

- les principes fondamentaux,
- les objectifs, les engagements et les responsabilités,
- l'organisation mise en place et ses moyens,
- les mécanismes d'évaluation et de communication,
- le dispositif d'amélioration continu mis en place autour de cette thématique.

La cartographie des risques et le plan d'actions ont été présentés à la CME de septembre 2018 et ont reçu un avis favorable à l'unanimité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique du dossier patient est assuré, à l'échelle de l'établissement, par la Coordination de la Politique du Dossier Patient (CPDP). Ce groupe pluridisciplinaire, dont le fonctionnement est défini dans un règlement intérieur se réunit deux fois par an et supervise la bonne utilisation du dossier.

Mis à part en réanimation, la plus grande partie du dossier est intégrée au Dossier Patient Informatisé (DPI). Seuls les transmissions ciblées en cours de séjour, certains documents spécifiques (comme la feuille d'anesthésie, la fiche ORL, etc.) et les observations médicales dans certains services restent sous forme papier.

Le service des urgences utilise un logiciel métier spécifique, mais les prescriptions se font dans le DPI commun de l'établissement, de façon transparente pour les utilisateurs grâce à l'utilisation d'appels contextuels.

Le CPDP a déterminé et formalisé des procédures intégrées à la Gestion Documentaire de l'établissement (GED) :

- des règles de composition du dossier papier, avec différents niveaux (Dossier Médical Commun, Dossier de Toilettage Commun, Dossier Transfusionnel, etc.) ;
- les règles d'accès au dossier par les différents intervenants, y compris extérieurs à l'établissement ;
- les modalités d'accès 24h/24 pour les dossiers papier ;
- les modalités d'archivage et de destruction des dossiers ;
- pour chaque spécialité qui le nécessite, le détail des règles d'utilisation du dossier.

La création d'un dossier se fait à partir d'un logiciel de gestion administratif unique, qui garantit une identité unique du patient tout au long de sa prise en charge.

La gestion du circuit du dossier papier est organisée de façon formelle par des procédures, et un logiciel spécialisé permet de localiser un dossier à tout moment.

L'archivage des dossiers papier se fait au sein de l'établissement et les locaux utilisés sont conformes et adaptés.

Dans les services de soins, des chariots sont prévus pour stocker les dossiers papier et accueillir les ordinateurs portables.

En cas de problème avec le système informatique, une organisation est prévue pour signaler les incidents

et suivre leur résolution (système de tickets) par une HotLine. En dehors des heures ouvrables, une astreinte est assurée par le service informatique de l'établissement. En cas d'impossibilité de remise en service du système dans un délai compatible avec la prise en charge des patients, un mode dégradé est prévu : dans chaque unité (y compris aux urgences), un ordinateur spécifique, identifié comme tel avec une étiquette rouge, permet d'accéder à une copie locale des prescriptions (copie réalisée automatiquement plusieurs fois par jour).

La gestion des droits d'accès aux différents éléments du dossier, suivant la catégorie du personnel, est piloté par la CPDP, qui valide une grille des profils. Cet outil est utilisé sur le plan opérationnel par le service informatique pour créer les nouveaux accès à chaque fois que c'est nécessaire.

Des dispositions sont prévues pour la gestion des droits (codes provisoires à usage « unique ») pour les intérimaires (même si ce sont des habitués) et/ou les remplacements inter-services provisoires.

La formation des nouveaux arrivants est prévue : La Politique du Dossier Patient indique précisément qui est responsable de la formation d'un nouvel arrivant (en fonction de sa fonction). La formation des nouveaux arrivants et celle des internes intègrent une partie spécifique à l'utilisation du dossier patient. Les programmes de ces formations sont formalisés et les supports de formation sont prévus.

Pour l'utilisation du DPI, un agent de la Direction des soins, référent, forme systématiquement sur une demi journée les nouveaux utilisateurs et sert également de recours en cas de difficulté avec l'utilisation en routine du logiciel.

Un Plan de Continuité d'Activité (PCA) et un Plan de Retour en Activité (PRA) sont prévus à la Direction du système d'information de manière à limiter l'impact d'une défaillance technique.

L'accès du patient à son dossier est organisé par des procédures et piloté par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques, des Relations avec les Usagers, des Affaires Médicales et de la Coopération (DAQ), qui en assure le suivi et l'évaluation.

Une procédure décrit les modalités précises de copie et d'envoi du dossier au patient ou à ses ayants droits.

Les modalités de l'accès d'un patient (ou de ses ayant droits) à son dossier sont décrites à la fois sur le site internet de l'établissement et dans le livret d'accueil du patient hospitalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique du dossier patient et les règles de son utilisation sont diffusées dans les différents secteurs par l'intermédiaire de l'encadrement (cadres de pôle et cadre de proximité) lors des réunions de service et lors des réunions préparatoires à la visite de certification.

Le supplément « very quick audit » de décembre 2017 au bulletin mensuel d'information de l'établissement, distribué à tous les professionnels était consacré à la politique du dossier patient et a permis de sensibiliser l'ensemble de l'établissement à la thématique.

Le déploiement de plusieurs (5 en 2018) patients traceurs a participé à la sensibilisation des équipes sur l'importance de la bonne tenue du dossier patient.

Dans tous les secteurs, les cadres vérifient la bonne mise en œuvre des dispositions prévues pour la gestion du dossier patient : traçabilité des différents éléments, accès de tous les professionnels aux éléments les concernant, matériel en quantité suffisante et en bon état.

Les réunions de service sont l'occasion de lancer des actions de sensibilisation et de correction si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en professionnels, que ce soit en nombre ou en compétence (référents, archivistes, secrétaires, etc.) sont disponibles et permettent de mettre en œuvre le processus conformément à l'organisation prévue.

Si nécessaire, les différents référents sont disponibles pour réaliser des formations à la demande ou répondre à une problématique particulière.

Les modes dégradés, pour le DPI, sont connus des professionnels. De même, les sauvegardes réalisées par la DSI font l'objet de tests de récupération de données réguliers.

La documentation relative au dossier du patient est disponible en totalité sur la GED (y compris pour le DPI), et est accessible à l'ensemble du personnel. Elle est connue des professionnels.

Dans de nombreux secteurs, des « maquettes » documentées de dossier type ont été mises en place, afin de faciliter la création d'un dossier sans erreur.

Les moyens matériels sont disponibles en quantité suffisante et maintenus en bon état dans les différents secteurs d'activité : chariots fermant à clef pour les dossiers papier, ordinateurs fixes et portables, chariots informatiques. Le rangement des dossiers s'effectue dans des locaux adaptés : postes de soins (fermés par des digicodes) dans les services et locaux spécifiques conformes pour l'archivage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans tous les secteurs, l'organisation définie est mise en œuvre :

- le dossier patient informatisé est utilisé par l'ensemble des professionnels et le dossier papier est tenu conformément aux procédures validées ;

- le circuit physique du dossier papier est respecté ;
- l'organisation mise en place pour les modes dégradés est connue des professionnels et opérationnelle ;
- L'utilisation conjointe par tous les professionnels (médecins, infirmières, aide-soignants, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.) du dossier, qu'il soit informatisé ou en papier, concourt à la bonne prise en charge du patient ;
- les circuits et les documents prévus pour assurer les échanges entre les différents secteurs de l'établissement, notamment lors des transferts, sont opérationnels.

Cependant, l'accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD n'est pas tracé dans le dossier. En effet, l'attestation du médecin traitant confirmant son accord à l'HAD, n'a pas été retrouvé dans le dossier du patient et l'étude des dossiers réalisée lors du relevé des IQSS HAD 2018 montre que sur 42 dossiers, 41 ne comportent pas le document d'information du médecin traitant.

En ce qui concerne l'accès du patient à son dossier, l'organisation prévue est mise en place. Les demandes de dossiers sont reçues à la Direction Qualité, qui vérifie la validité de la demande et coordonne le recueil des éléments auprès des différents services de soins. Toutes les actions sont suivies depuis la demande initiale jusqu'à l'envoi du dossier complet sur un support unique (tableau informatisé) afin de pouvoir en assurer un suivi permanent.

Toutefois, le délai réglementaire d'accès du patient à son dossier n'est pas toujours respecté. Le délai d'accès au dossier pour un patient ayant séjourné dans l'établissement moins de 5 ans avant la demande est de 6 jours en médiane mais de 11 jours en moyenne, comme l'a mesuré l'établissement. alors que le délai réglementaire est de 8 jours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Plusieurs systèmes d'évaluation ont été mis en place sur la thématique du dossier patient. L'établissement réalise les évaluations nationales IQSS, en particulier en ce qui concerne la thématique du dossier patient.

Un « Very Quick Audit » a été réalisé en novembre 2017 sur la thématique du dossier patient. Les résultats ont été largement diffusés au sein de l'établissement.

Cinq patients traceurs ont été réalisés en 2018, ce qui participe à l'évaluation de la tenue du dossier.

Chaque année, un audit détaillé est réalisé sur le courrier de sortie (depuis 2018 sur la lettre de liaison) et les résultats sont détaillés lors d'une réunion de la CME.

Régulièrement, la Direction des soins réalise un audit détaillé de la tenue du dossier de soins. En 2018, l'audit portait sur 53 critères. Les résultats de cet audit ont été diffusés par le biais des réunions de service et de pôle. Par ailleurs, certains services (comme l'USLD) réalisent ponctuellement des évaluations internes de la tenue du dossier, sur de courtes durées.

A / AGIR

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

Les résultats des différentes évaluations sont diffusés lors des réunions institutionnelles (réunions de pôle et de service, CME, CDU) ainsi qu'à la Coordination de la Politique du Dossier Patient.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans l'établissement et sont disponibles sur le site internet du Centre Hospitalier de Bourges.

Les résultats des « Very Quick Audits » ont tous fait l'objet d'une publication spéciale en complément du journal interne mensuel de l'établissement.

Ces différentes évaluations ont mené à la mise en place d'actions d'amélioration. On notera en particulier la modification du masque de saisie pour le recueil de la personne de confiance et la campagne de sensibilisation suite aux résultats d'évaluation sur ce critère, ou encore la création d'une fiche spécifique pour le suivi de l'hémorragie du post-partum.

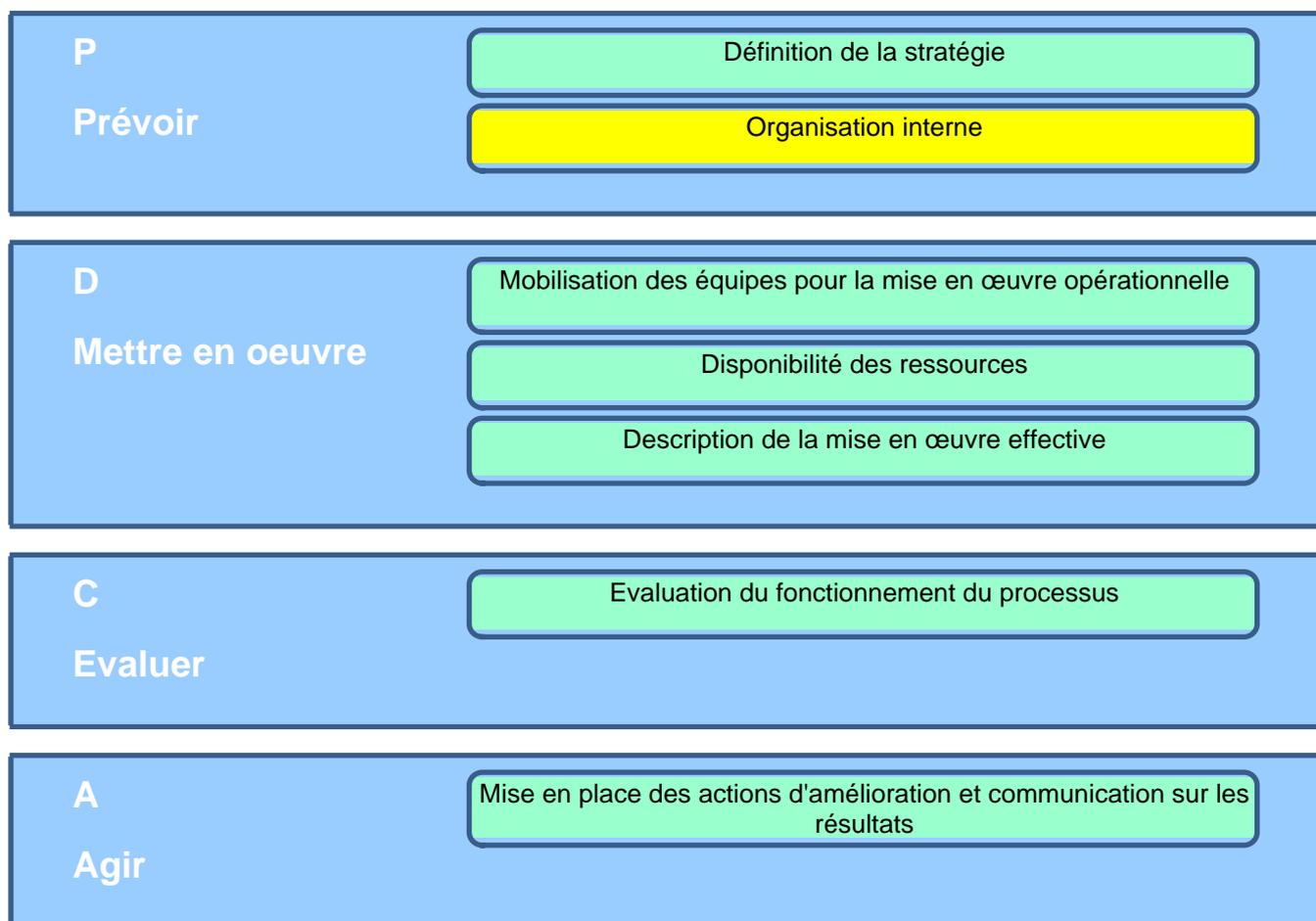
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur (CHJC) dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et d'une Unité Centralisée de Reconstitution de Cytostatiques (UCRC).

Le projet d'établissement 2016/2020 a orienté sa réflexion autour de huit orientations transversales proposées par la Direction et le Président de la CME : l'amélioration du parcours patient ; la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ; l'ouverture sur le département ; le développement de l'activité ambulatoire ; les admissions non programmées ; la cancérologie ; la prise en charge des personnes vulnérables ; l'éducation thérapeutique et la recherche.

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients constitue un des axes majeurs de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Elle intègre les dispositions relatives à la prise en charge spécifique de la personne âgée. Elle s'appuie sur la réglementation et les recommandations en la matière et, le « Guide de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ». Elle est décrite dans un document formalisé du 24 juin 2016. Elle est révisée annuellement à l'initiative du Comité de pilotage du système management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle est validée par les instances de l'établissement ainsi que le Comité Des Usagers.

Un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) a été signé avec l'ARS Centre Val de Loire le 1er janvier 2018. Le volet relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations rappelle les objectifs suivants : le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI), la traçabilité de la prescription à l'administration, l'informatisation avec délivrance nominative et l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription.

Le schéma directeur du système d'information 2016/2020 développe, dans ses axes stratégiques, un objectif sur l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge, au travers la mise en place de toutes les prescriptions informatisées alimentant le plan de soins. Depuis fin 2018, le circuit du médicament est informatisé totalement.

La Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment âgés a défini les objectifs suivants : « garantir que le Bon médicament et administrer à la Bonne dose, selon la Bonne voie, au Bon moment et au Bon patient » avec :

- une prescription réalisée par un prescripteur habilité, adaptée aux besoins du patient, et à sa pathologie, rédigée conformément à la réglementation, lisible, explicite, complète, transmise à la pharmacie dans les meilleurs délais ;
- la pertinence des prescriptions du sujet âgé tenant compte de l'analyse bénéfiques/risques par rapport à son état nutritionnel, sa clairance rénale et hépatique, son état cognitif et/ou fonctionnel ;
- un bon usage des antibiotiques ;
- une délivrance aux services de soins du bon produit, pour le bon patient, en quantité suffisante, dans les meilleurs délais, dans les conditions de transport et de conservation adéquates, accompagné des informations nécessaires à son bon usage et des documents de traçabilité nécessaires ;
- la continuité du traitement médicamenteux du patient de sa prise en charge jusqu'après sa sortie de l'établissement, avec une réflexion sur le dispositif de mise en œuvre d'une conciliation médicamenteuse ;
- une information du patient relative à son traitement conforme aux bonnes pratiques et à la réglementation, ainsi que l'éducation thérapeutique nécessaire et adéquate.

Une réflexion sur la sérialisation est en cours. Un compte rendu de réunion du 22 janvier 2019 fait un bilan des difficultés de mise en place.

Les pilotes de processus ont analysé les risques liés à la prise en charge médicamenteuse. Les sources de données utilisées sont les exigences réglementaires, les résultats des différentes visites de certification et les comptes rendus des visites d'inspection, le CAQES contracté avec l'ARS, les résultats en deçà des objectifs des indicateurs nationaux (résultats 2016 sur la Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission en HAD, la qualité d'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation, etc.). Ils utilisent par ailleurs les résultats d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) (traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables, etc.), la cartographie des risques liée à la prise en charge médicamenteuse, et les analyses des Événements Indésirables (EI).

Cinq risques ont été identifiés et priorisés, selon la grille d'Analyse Préliminaire des Risques (APR), réalisée en interne : administration différente de la prescription, prescription non réalisée, stockage inapproprié dans les unités, chariot de distribution non sécurisé, défaut d'information sur le bon usage des médicaments. Ces risques ont été intégrés au compte qualité.

Un plan d'actions, priorisé et daté avec échéances, validé par les instances a été élaboré. Les responsables des actions ont été identifiés.

Les pilotes de processus sont les garants de l'avancée du plan d'actions inscrit au compte qualité, en collaboration avec la Commission Qualité et Coordination Gestion des Risques (CQCGR), la Commission

Médicale d'Établissement (CME), la Commission du médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) et la coordination des vigilances. Un bilan des plans d'actions est réalisé deux fois par an et présenté annuellement aux instances. Les tableaux de bord qualité sont mis à disposition des responsables de pôles à partir d'un outil dédié. Les indicateurs nationaux disponibles sur les sites intranet et internet du CHJC font l'objet d'une présentation aux instances et d'un affichage. Ils sont intégrés au livret d'accueil du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le processus « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient » est piloté par le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RMQCM) qui dispose d'une fiche de mission (ajustée le 5 juillet 2018) et la pharmacienne chef de service, qui dispose de la lettre de mission des pilotes de processus du 19 septembre 2018. Ils s'appuient sur un Comité de Pilotage (COPIL) « Médicaments », la COMEDIMS, une cartographie de processus et une cartographie des risques réalisée en 2012 et réévaluée en 2018. Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse a été réalisé en juillet 2018. Il définit le fonctionnement, l'organisation et le suivi du processus.

La PUI est organisée avec des pharmaciens, une équipe de préparateurs et d'aides pharmacie sous la responsabilité d'un cadre de santé préparateur. Un préparateur est référent qualité.

La COMEDIMS dispose d'un règlement intérieur (composition, rôle et fonctionnement).

Il existe une procédure générale sur les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration des médicaments du 27 juin 2011. Elle définit le rôle de chacun dans les relations unités de soins/ pharmacie (IDE ou sage-femme, cadre de santé, IDE référente, préparateur en pharmacie) et fait un listing des procédures en lien avec les groupes de travail liés à la prise en charge médicamenteuse (liste des référents), les prescriptions (élaboration et mise à jour des prescripteurs de l'établissement, livret du médicament, etc.), les demandes de médicaments à la pharmacie (demande de pharmacie, gestion des stupéfiants, gestion des médicaments nominatifs, etc.), la préparation des médicaments et l'administration au patient, le stockage des médicaments (gestion des clés, les dix règles de bonne tenue de l'armoire à pharmacie, les relevés de température, etc.), la gestion du traitement personnel du patient hospitalisé et la gestion du chariot d'urgence.

Cependant, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas totalement définies. L'établissement n'a pas défini un mode de transport sécurisé pour les morphiniques. Le personnel habilité ne dispose pas de mallette fermant à clé et ou de fiche de mission précisant un mode opératoire sécurisé de transport (absence de rupture de tâches, circuits sécurisés, etc.). Par ailleurs, les chariots de distribution des médicaments ne sont pas sécurisés. Lors de la distribution des médicaments, les piluliers sont placés sur le chariot, qui reste à l'extérieur de la chambre, dans le couloir. Enfin, si les solutions hypertoniques sont identifiées comme médicaments à risque et stockés avec une étiquette spécifique dans les armoires, les professionnels rencontrés sont peu informés de cette démarche.

Les responsabilités, autorités et délégations de responsabilité dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du patient sont décrites dans une procédure du 29 février 2016.

Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Une procédure du 4 janvier 2017 définit la gestion des flux à l'UCRC. Diverses procédures existent : suivi des incidents en salle, réassort de matériel, réalisation des plateaux et charge de stérilisation, etc.

La Gestion Documentaire (GED) informatisée est déployée et permet la mise à disposition des procédures, modes opératoires, enregistrements pour l'ensemble du personnel en temps réel.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est effective grâce à une astreinte pharmaceutique en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.

L'analyse pharmaceutique de niveau 1 est réalisée pour l'ensemble des patients. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée pour les patients de plus de 65 ans sous antibiothérapie. La conciliation médicamenteuse est débutée depuis décembre 2018 : 3 conciliations ont eu lieu en 2018. Elle est actuellement en test avec l'équipe de Médecine interne (cinq patients en ont bénéficié depuis Janvier 2019).

Les locaux de la pharmacie, les postes de soins, et les armoires à pharmacie sont sécurisés. Les règles de gestion, rangement, étiquetage, transport et stockage des médicaments et des médicaments à risques sont formalisées.

L'informatisation du circuit du médicament est effective grâce à plusieurs logiciels interfacés. Les professionnels disposent d'un outil unique de prescription administration. Une procédure des bonnes pratiques de prescription informatisée du patient hospitalisé définit à l'appui de logigrammes, les règles, le fonctionnement et les bonnes pratiques de la continuité du traitement, de l'entrée à la sortie du patient.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont prévues au plan de formation de l'établissement. Le plan de formation 2019 prévoit une formation sur la iatrogénie médicamenteuse pour un groupe d'IDE. Les nouveaux arrivants sont inscrits à des sessions de formations annuelles prévues au sein de l'établissement.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La communication et l'information sont organisées au sein des secteurs en lien avec les équipes de la pharmacie. Des responsables de la pharmacovigilance et matériovigilance sont nommés. Des référents Infirmiers (IDE) « Médicaments » sont mis en place dans les unités de soins. Ils viennent, en soutien de l'équipe de la pharmacie, réaliser les suivis des armoires à pharmacie, des péremptions des médicaments, et facilitent les informations aux professionnels. 64 professionnels référents ont bénéficié d'une formation en novembre 2016 et février 2017. Une à deux fois par mois, de 13h30 à 14h, les équipes de la pharmacie participent à un staff d'information sur le médicament et/ou les DMS avec les prestataires. Un calendrier annuel est affiché dans la salle de staff des professionnels. Les équipes sont incitées à déclarer les erreurs médicamenteuses. Une charte d'incitation aux évènements indésirables est formalisée dans la GED. Les professionnels de la pharmacie rencontrés connaissent les fiches d'évènements indésirables et les indicateurs qualité mis en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La PUI du CHJC est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 17h30 et l'UCRC de 9h à 17h. Leurs organisations sont formalisées. L'effectif de la PUI est de 6.6 Equivalent Temps Plein (ETP) de pharmaciens, 1 interne en pharmacie, 1 cadre de santé préparateur en pharmacie, 2.7 agents administratifs, 14.25 ETP préparateurs en pharmacie (dont un référent qualité), 7 aides de pharmacie. En dehors des heures d'ouverture, il existe une dotation des médicaments et dispositifs médicaux dans les services, un chariot d'urgences, une astreinte pharmaceutique (tableau disponible sur intranet). Les professionnels infirmiers et les équipes médicales sont les seuls personnels habilités à l'administration médicamenteuse. Cinq professionnels IDE ont été formés aux erreurs médicamenteuses évitables en 2017, neuf en 2018. Deux cadres de santé (CS) ont été formés à la conciliation médicamenteuse en 2017/2018 ainsi que quatre préparateurs en pharmacie. Le CS de la pharmacie a participé à la formation « Erreur médicamenteuse : sécurisation de la prise en charge ». Une sensibilisation sur les modifications des formes galéniques a été réalisée en novembre 2018 auprès des professionnels. La GED met à disposition des professionnels rencontrés dans les unités de soins des procédures et fiches de bonnes pratiques (gestion des clés à pharmacie, gestion du traitement personnel du patient, gestion des médicaments nominatifs, écrasement des comprimés et ouverture de gélules, etc.). Des procédures formalisées sont disponibles à l'UCRC. Elle fonctionne avec deux isolateurs et une hotte à flux laminaire. Les locaux de la pharmacie sont fonctionnels et sécurisés par digicode. Ils disposent de plusieurs pièces aménagées de façon conforme et sécurisées avec habilitation des personnels, en secteurs différenciés (stockages DMS, stockage médicaments, bureaux, UCRC, guichet interne, guichet externe, etc.). Des frigos spécifiques aux médicaments équipent la pharmacie et les unités. Les chariots d'urgence sécurisés sont disponibles dans les services de soins. Les médicaments à risque sont étiquetés en bleu. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration (protocoles et procédures) validés, sont mis à disposition des professionnels. Il existe une procédure de bonnes pratiques de prescription informatisée du patient hospitalisé. Un livret thérapeutique est à disposition des prescripteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels connaissent et respectent les règles, protocoles, procédures, l'organisation établie et les circuits définis dans les différentes procédures d'organisation du circuit du médicament. Chaque professionnel dispose d'un accès sécurisé au Dossier Patient informatisé en fonction de sa responsabilité. La PUI dispose de la liste des prescripteurs habilités. Dans les unités de soins, le rangement des médicaments obéit aux bonnes pratiques et règles établies : existence d'un stock minimal avec organisation du « Plein /Vide », entretien et contrôle de l'armoire à pharmacie, gestion des traitements personnels, gestion des solutés hypertoniques (médicaments à risque étiquetés en bleu), entretien du réfrigérateur et fréquence du contrôle de la température, gestion du chariot d'urgences. Les clés des armoires à médicaments sont gardées par une infirmière. Les morphiniques ont une double sécurité (tiroir sécurisé dans armoire sécurisée). Une fiche technique, « Les 10 règles de bonne tenue de l'armoire à pharmacie » du 3 octobre 2011 est affichée dans différents services. Ces différents éléments ont été observés lors de la visite de terrain. Les équipes rencontrées connaissent en grande partie les procédures liées à l'organisation du circuit du médicament (stockage, sécurité, traçabilité, etc.), le fonctionnement (transports, nettoyage, tenue des clés, etc.), les suivis à effectuer (températures, matériel, logistique, etc.). Chaque service est équipé d'un chariot d'urgence sécurisé dont la composition est harmonisée. Leur gestion est formalisée. La traçabilité des suivis par l'IDE est effective dans les services visités. Le traitement personnel du patient est pris en considération à l'entrée et à la sortie. Les traitements amenés par les patients sont rangés par l'IDE dans les armoires sécurisées au sein d'un espace dédié, et

sont restitués lors de la sortie.

La dispensation des médicaments est globale. Elle est nominative pour les traitements hors dotation, sur prescription informatisée. La procédure est connue des professionnels.

Les médicaments soumis à la chaîne du froid sont stockés dans les réfrigérateurs dédiés dans les salles de soins. Le transport est réalisé par les aides de pharmacie. Leur entretien est effectif et le suivi de la température se fait de façon quotidienne.

L'organisation des commandes, transports et suivis est connue des professionnels rencontrés. Les jours de commande sont affichés dans chaque unité. La dotation est revue annuellement avec le cadre de l'unité et le référent médicament.

Les règles d'administration des médicaments sont respectées. Les traçabilités sont réalisées en grande partie au plus près de la prise dans le Dossier Patient Informatisé. Les IDE rencontrés lors de la visite de terrain connaissent la règle des 5 B : « Bon médicament, au Bon moment, au Bon Patient, à la Bonne dose, par la Bonne voie ».

Lors de la sortie, des ordonnances sont réalisées et remises au patient par les IDE et ou praticiens selon la procédure en vigueur du 13 avril 2015 : « Continuité du traitement à la sortie du patient ». Lors d'une conciliation médicamenteuse, un entretien est réalisé auprès du patient à son entrée et à sa sortie par un pharmacien. Un flyer « Pour en savoir plus sur la conciliation médicamenteuse » lui est remis et un courrier est adressé au médecin traitant. Chaque IDE dispose d'un ordinateur portable sur son chariot de soins et/ou chariot à médicaments pour tracer les soins réalisés au fil de l'eau.

La COMEDIMS s'est réuni à quatre reprises en 2018. La coordination des vigilances s'est réunie une fois en 2018.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (IPAQSS) (conformité de la prescription pendant le séjour et la sortie), taux de déploiement des prescriptions informatisées, taux de déploiement de la validation pharmaceutique, indicateurs du CAQES, nombre d'événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses, etc.

Un « Very quick audit » a été réalisé en juin 2018 sur la gestion des médicaments dans les services.

Un audit de pratique clinique sur l'écrasement des formes orales sèches a été réalisé en avril 2018. Un audit a été réalisé en août et octobre 2018 sur la pertinence des prescriptions de la voie intra veineuse à propos de trois molécules.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés. 138 FEI ont été réalisées en 2017, soit 13% du nombre total. 23 concernaient la prescription, 25 la préparation, 28 l'administration, 29 la délivrance et 33 le transport et stockage. 7 FEI liées au circuit des médicaments ont été rédigées de janvier à février 2019 et analysées. L'analyse est réalisée en Comité de Retour d'Expériences (CREX) transversal, qui informe les responsables de pôles.

Diverses EPP sont en cours sur la traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI), l'analyse des risques liés au circuit du médicament, la conformité de l'administration par rapport à la prescription médicamenteuse ou la culture sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration est continu au regard des résultats d'évaluation obtenus.

Les CREX organisés ont permis la mise en place de 48 actions en 2017 après analyse des FEI. Une réflexion a été menée sur les interruptions de tâches.

Suite à l'audit réalisé sur la pertinence de la voie intraveineuse à propos de trois molécules différentes, des actions d'amélioration ont été proposées : communication de l'audit à la communauté médicale, mise en place de protocoles pour le relais per os dès que possible par les IDE, formation sur la pertinence des perfusions.

Dans le cadre de l'EPP sécurité de la prise en charge médicamenteuse, un audit croisé a été réalisé dans 36 unités du 12 novembre au 28 décembre 2018. L'analyse des résultats a amené la mise en place d'un plan d'actions d'amélioration : protocole de stockage des solutés hypertoniques, protocole de stockage des médicaments d'urgence au réfrigérateur, déploiement et mise en œuvre de la politique de broyage dans les unités de soins. D'autres actions ont été mises en place concernant la sécurisation de l'administration des médicaments (mise à disposition du livret des équivalences, formation/sensibilisation des professionnels soignants à la sécurisation de l'administration) ; la prescription systématique des équivalences proposées (sensibilisation des praticiens) ; l'amélioration du stockage et notamment des solutions non isotoniques

(actions de communication sur les traçabilités des réfrigérateurs à médicaments, protocole de stockage des médicaments d'urgence au réfrigérateur, protocole pour l'identification des stylos à insuline des patients, établissement des règles de stockage des solutions non isotoniques) ; la sécurisation de la distribution (achat d'équipement sécurisé ; amélioration du bon usage de ses médicaments par le patient).

La communication au sein de l'établissement se fait par les cadres de santé, la GED et le journal interne « Hôpital infos » qui informe mensuellement les professionnels des résultats d'indicateurs ou d'audits. Un point a été réalisé dans le numéro de juillet/ août 2018 sur le « Very quick audit » réalisé dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse. 95 % des unités concernées ont répondu.

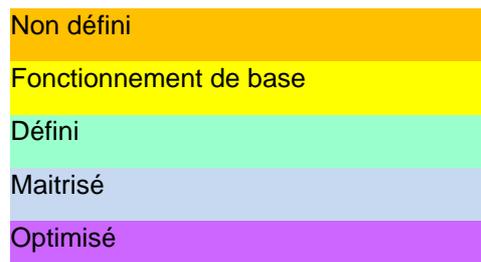
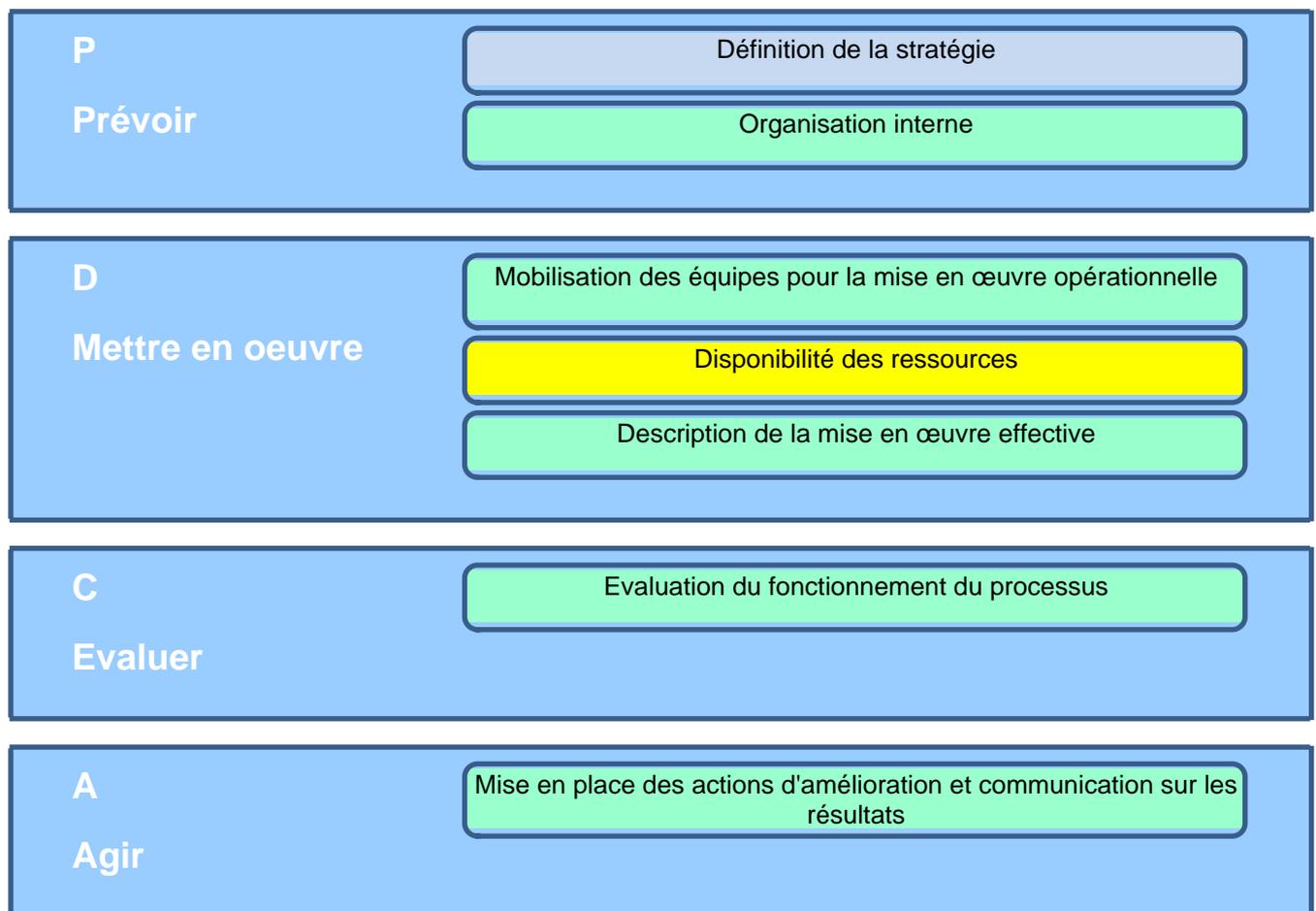
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES (CHJC) a identifié les différents secteurs de prise en charge des urgences. Quatre unités fonctionnelles contribuent à la prise en charge des urgences, 24 heures sur 24, à savoir le service d'accueil des urgences proprement dit (SAU : 36276 passages en 2018), l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD : 17 lits dont 4 de soins continus), les urgences obstétricales (accueil dans un service dédié) et le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU 18 / nombre d'appel : 351 694 en 2018). Deux équipes d'intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sont également activées (un SMUR primaire et un secondaire), sur le site de l'établissement (nombre total de sorties : 5243 en 2018).

L'autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence a été renouvelée le 21 mars 2018 par l'ARS Centre Val-de-Loire (SAMU, SMUR et SAU) pour une durée de 5 ans.

Le Centre Hospitalier de Bourges assure la prise en charge des patients adultes en médecine chirurgie, gynécologie et obstétrique, ainsi qu'un accueil de patients en pédiatrie et santé mentale (équipe de liaison du Centre hospitalier de santé mentale George Sand par convention en date du 2 février 2016).

La stratégie de la prise en charge des soins non programmés est définie dans le volet médical du projet d'établissement 2016 /2020 autour d'un axe intitulé « Ancrer le CHJC dans son territoire » avec comme objectifs « Assurer la position d'établissement recours en matière de soins d'urgence », « Développer la coordination départementale des services d'urgences », « Poursuivre la réorganisation de la structure interne des urgences ». Le Groupement Hospitalier de Territoire du CHER, dont le CHJC est établissement support, développe dans un volet du Projet Médical Partagé dénommé « Filière urgences » différents axes de coopération avec les SAU de VIERZON et de SAINT-AMAND-MONTROND (« Formaliser ou fluidifier certaines filières de prise en charge spécifique », « Développer les recrutements partagés d'urgentistes entre les trois services d'urgence », « Harmoniser les pratiques des trois services d'urgence », etc.).

LE CPOM 2012-2016, (le nouveau CPOM est en cours d'élaboration/validation avec l'ARS), reprend en orientation stratégique « L'amélioration de la prise en charge des patients au sein du SAU », avec entre autres « La participation à un réseau régional des urgences » et « L'organisation et la réduction des délais d'attente ». Le service d'accueil des urgences a identifié ses risques et les a hiérarchisé avec les personnels concernés. Les principaux alimentent le compte qualité et concernent le tri à l'accueil, l'effectif médical titulaire, la maltraitance et l'attente des patients, l'urgence vitale.

Ces risques déterminent un plan d'actions décliné avec des objectifs, des responsables identifiés et des modalités de suivi. Ce plan de réduction des risques a été communiqué aux instances dans le cadre de la présentation du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel du processus est assuré par le chef du service d'accueil des urgences, la cadre supérieure de santé du pôle « Urgences-Réanimation-Anesthésie-Bloc opératoire » et la présidente de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS).

Les tableaux de service, médicaux et paramédicaux, sont établis avec un recours massif à l'intérim au niveau médical pour pallier le manque de médecins urgentistes.

Le plan de formation inclut des actions d'acquisition et d'approfondissement des compétences pour le service d'accueil des urgences comme « L'infirmier organisateur de l'accueil : savoir se positionner », « Prise en charge de la personne âgée aux urgences », ou « Accueil des patients et des proches ». Les praticiens hospitaliers participent à des congrès (« Congrès des urgences en juin 2018 », « Journée SFMC en juin 2018 », « Forum de l'urgence en décembre 2018 », etc.), et à des formations ou diplômes universitaires spécifiques au secteur d'activité (« Formation SIVIC », « Régulation médicale dans un CRRA », « Capacité de médecine de catastrophe »).

Les circuits de prise en charge sont définis selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Deux modes d'entrée sont distingués, un premier pour les patients arrivant par leurs propres moyens et un second pour les « patients couchés », avec un sas d'entrée pour les ambulances. Les prises en charge s'effectuent selon le cas par le biais d'une filière courte en journée pour la petite traumatologie et les pathologies bénignes avec trois box (dont un réservé à la pédiatrie), d'une filière longue pour les autres prises en charge avec sept box fonctionnant H24, et d'un circuit pour les urgences vitales avec une salle d'accueil des urgences vitales équipée de deux postes de déchoquage. Contiguë au SAU, l'UHTCD a une capacité de dix-sept lits dont quatre de soins continus. Une unité de post-urgences avec 10 places est située en aval du service.

Une organisation a permis de mettre en place des filières spécifiques de soins non programmés par admission directe dans le cadre notamment de l'alerte thrombolyse pour la prise en charge des AVC, ou des enfants en pédiatrie pour les bébés de moins de trois mois.

L'équipement en matériel médical est conforme aux recommandations de la Société Française de

Médecine d'Urgence (dispositif de ventilation, défibrillateurs, scopes, etc.).
 De nombreux protocoles de soins sont élaborés et concernent les soins généraux comme la prise en charge de la douleur ou des soins plus spécifiques comme le « Protocole infirmier de prise en charge des grands brûlés dans la SAUV avant transfert », « Le cathéter central dans l'urgence : matériel et pose », « Le cathéter central : matériel et pose ».
 Les interfaces avec les services médico-techniques comme l'imagerie médicale, la biologie médicale et la pharmacie à usage intérieur sont organisées, ainsi qu'avec les services logistiques (déchets, linge, etc.) et les secteurs d'hospitalisations.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management opérationnel est assuré par le chef de service d'accueil des urgences assisté de la cadre de santé du service.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, etc.) et sensibilisent les professionnels aux objectifs de leur secteur.

Les équipes contribuent à la démarche qualité du service en participant à l'élaboration des procédures, à la déclaration des événements indésirables, aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi qu'à la mise en place des actions d'amélioration initiées à partir des risques identifiés dans le service.

Les résultats des audits internes sont communiqués en interne aux des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs répondent aux besoins de l'activité pour les personnels paramédicaux.

Cependant, les ressources humaines médicales nécessaires à l'organisation du service d'accueil des urgences et du SMUR ne sont pas toujours disponibles. En effet, le Centre Hospitalier de BOURGES mobilise l'intérim pour couvrir les plages des tableaux de service médicaux, mais ne peut y parvenir constamment. Lors de la visite des experts visiteurs, le SMUR secondaire pour les transferts médicalisés n'a été armé qu'une nuit dans la semaine, et en mai 2018, les deux lignes de SMUR (primaire et secondaire) n'ont pas été opérationnelles pendant 14 heures. Les zones d'intervention des SMUR de VIERZON et SAINT-AMAND ont été redéfinies pour couvrir le département, et les SAMU des départements limitrophes ont été informés. Une fiche de signalement a alors été adressée à l'ARS.

Les infirmiers suivent les formations inscrites au plan de formation comme celle relative à l'accueil et à l'orientation, et les médecins participent aux congrès ou journées d'études programmées de leur spécialité.

Les documents et procédures utiles à la prise en charge sont disponibles sur le système de gestion documentaire institutionnel et les personnels en maîtrisent l'accès. Les protocoles médicaux sont également disponibles dans le logiciel spécifique des urgences.

La connaissance de la disponibilité des lits d'hospitalisation repose sur la présence d'un « Bed manager », véritable gestionnaire des lits d'aval, et un recensement quatre fois par jour des disponibilités réelles dans les unités de soins.

A contrario, les locaux sont aujourd'hui sous-dimensionnés pour assurer l'accueil des patients en préservant leur dignité et leur intimité. Les malades attendent sur des brancards ou fauteuils dans les circulations, sans séparation homme/femme, dans une promiscuité certaine. Les professionnels ne disposent pas de matériel de séparation pour préserver l'intimité (rideaux, paravents). Un projet de restructuration et d'extension est en phase d'étude.

Les dispositifs et matériels médicaux sont opérationnelles grâce aux maintenances préventives et curative exercées par le service biomédical. Les outils informatiques sont en nombre suffisant et facilitent la transcription des données.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service d'accueil des urgences met en œuvre les organisations prévues pour son fonctionnement.

Il est tenu compte de la qualification des infirmiers pour qu'ils soient positionnés au poste « Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) », après un parcours d'acquisition de compétences au minimum d'une année débutant par une affectation en UTCD, en passant ensuite par le SAU à proprement parler, pour être autorisé à occuper in fine le poste IOA (avec une évaluation basée sur une fiche spécifique d'évaluation des compétences SAU Jacques CŒUR), et en suivant la formation ad hoc.

Les internes reçoivent lors de leur premier jour de stage un livret d'accueil décrivant précisément l'organisation du service d'accueil des urgences, avec une présentation du dossier médical et des différents documents du service). Lors de son arrivée, après un temps d'accueil administratif hors urgence absolue, le patient est pris en charge par l'IOA où il est évalué à partir de l'échelle de tri dénommée MANCHESTER réduite à quatre

niveaux. Un bracelet d'identification est apposé lors de cette séquence initiale par l'IOA.
Une charte du service d'accueil des urgences informe le patient de ses conditions de prise en charge (modalités organisationnelle du service, causes des temps d'attente, etc.).
Il bénéficie ensuite d'une prise en charge de 8h30 à 18h30 par un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) pour parfaire l'examen clinique et assurer une orientation dans le circuit de prise en charge adapté. Les temps d'attente et de passage apparaissent en lecture sur le logiciel dossier patient spécifique du secteur d'activité, et sont affichés sur un écran de télévision en salle d'attente (temps d'attente restant, nombre de patients pris en charge, etc.).
La prescription médicale est réalisée sur le logiciel dossier patient du service, et lors du transfert dans un secteur d'hospitalisation le médecin urgentiste prescrit de nouveau le traitement dans le logiciel dossier patient déployé dans l'établissement.
Les soins ou actes réalisés sont tous tracés dans le logiciel des urgences ou sur les supports dédiés.
Une équipe mobile de gériatrie peut en journée apporter son expertise pour l'évaluation d'une prise en charge.
Lors des soins, les professionnels mettent en œuvre les protocoles du service et le recours aux avis spécialisés est effectif via une liste des noms des spécialistes de garde ou d'astreinte tracée sur un tableau présent au sein du service d'accueil des urgences.
Les interfaces avec les services partenaires (biologie médicale, etc.), supports (logistiques, etc.) sont fonctionnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions entreprises sur la base d'outils identifiés.
Un bilan annuel d'activité est produit dans le cadre du Pôle reprenant notamment des données quantitatives et qualitatives comme les délais moyens de passage aux urgences circuits court et long, le nombre de FEI (109 en 2018), le nombre de patients ayant passé une nuit aux urgences, le nombre de réclamations (53 en 2018), le taux d'hospitalisation après passage, le taux de passages avec délais de prise en charge inférieur à quatre heures, etc.
Le plan d'actions engagés autour des risques identifiés dans le compte qualité fait l'objet d'une évaluation au sein du pôle et est ajusté en fonction des résultats obtenus.
Des Revues de Mortalité et de Morbidité sont également conduites au sein du service, ainsi que des CREX (3 en 2017 et 3 en 2018).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats obtenus, notamment à partir des risques identifiés dans le compte qualité.
La prise en charge conjointe du patient à son arrivée par un médecin d'accueil et l'IOA a permis d'orienter plus tôt le patient vers le bon circuit de prise en charge et d'anticiper la réalisation des bilans biologiques et des examens complémentaires.
La mise en place du « Bed manager » a amené une réduction des temps d'attente de prise en charge dans les unités d'hospitalisation.
La réorganisation de l'accueil des urgences vitales a conduit à une optimisation de la prise en charge.
Une mission d'appui technique et managérial auprès de l'équipe des urgences du Centre Hospitalier Jacques COEUR est programmée en avril 2019.
L'établissement conduit actuellement un projet de restructuration et d'extension du service d'accueil des urgences.
La communication des résultats est organisée auprès des équipes lors des réunions internes au service.

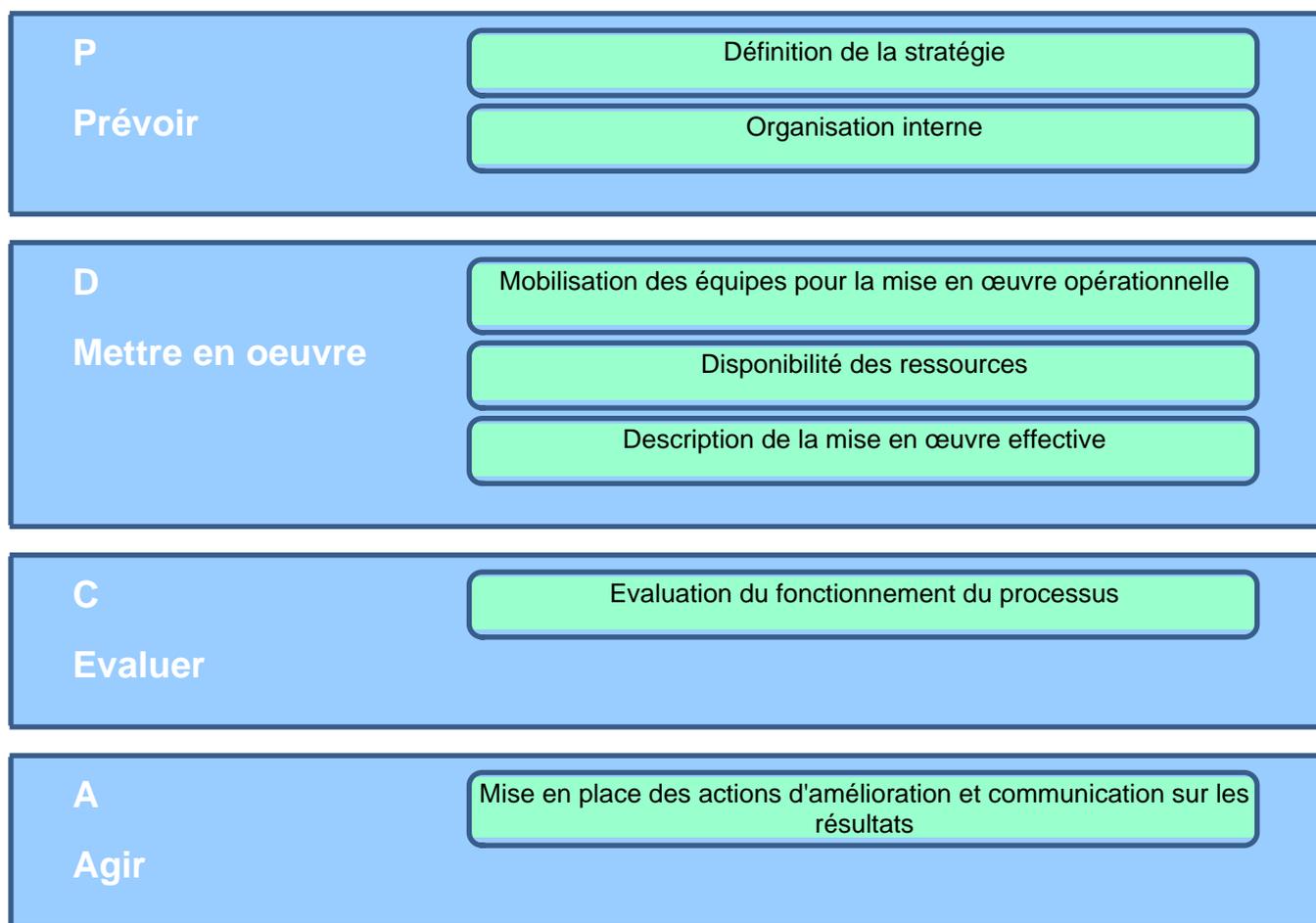
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges (CHJB) a formalisé sa politique du bloc opératoire dans le projet du pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie-Bloc opératoire et dans son projet de soins. La politique prend en compte les recommandations de la certification V2014 et les risques identifiés au niveau du secteur. Pour chaque axe stratégique des objectifs opérationnels ont été identifiés. Cette politique a été présentée et validée en conseil de bloc et une révision est réalisée au travers du bilan annuel du projet d'établissement qui est présenté aux instances : Commission Médicale d'Établissement (CME), Commission des Soins Infirmiers, de Réadaptation et Médico-Techniques (CSIRMT) et Directoire.

Une cartographie des risques a été formalisée en 2013, à partir d'une cartographie du processus prenant en compte le processus de réalisation, les processus supports et les processus de management. Cette Analyse Préliminaire des Risques (APR), réalisée par un groupe de travail pluriprofessionnel, a donné lieu à un plan d'actions. Le suivi de cette APR est assuré par les pilotes du processus avec une réévaluation tous les deux ans (2015 et 2017). Les risques identifiés ont été hiérarchisés à partir d'échelles proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS), avec l'appui de l'équipe qualité de l'établissement. A ce jour cinq risques prioritaires ont été inscrits au compte qualité de l'établissement et sont suivis au niveau institutionnel. Le compte qualité a été présenté aux instances du Centre Hospitalier.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus de prise en charge au bloc opératoire. Cette organisation est formalisée dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire. Ce document est validé et diffusé via le système de gestion documentaire informatique de l'établissement. Il décrit les modes de fonctionnement du secteur et des différents types de prises en charge, ainsi que les responsabilités des acteurs intervenant dans le bloc opératoire.

Les pilotes de processus sont identifiés : médecin chef de service d'anesthésie, chirurgien coordonnateur du bloc opératoire, cheffe du bloc opératoire et deux cadres infirmiers (IBODE et IADE), et Personne Spécialisée en Radiophysique Médicale (PSRPM). Des fiches de mission ont été élaborées pour chacun des pilotes. Les pilotes ont été formés à l'analyse des processus et à l'analyse des risques en interne par les responsables du service qualité.

Le bloc opératoire dispose d'un conseil de bloc dont les missions, la composition et la périodicité des réunions (une fois par mois) sont précisées dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire.

Au regard des besoins et des risques identifiés et des types de prise en charge réalisés dans l'établissement, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences nécessaires. Les ressources prévues en personnel anesthésique sont adaptées. L'établissement a budgété 8 postes Équivalents Temps Plein (ETP) de médecin anesthésiste, 16,6 postes ETP d'IADE et 18,6 postes ETP d'IBODE. Ces ressources permettent notamment d'assurer un système de garde et d'astreinte médicale et paramédicale pour les urgences chirurgicales en dehors des heures ouvrables.

La formation des professionnels ainsi que l'intégration des nouveaux arrivants sont organisées, et des actions de formation sont inscrites au plan de formation annuel de l'établissement.

L'établissement dispose d'un bloc central de 9 salles dont une salle dédiée à la chirurgie orthopédique et 8 salles à orientations vasculaire, ophtalmologique, viscérale, cervico-faciale, urologique, « urgences traumatologiques », gynécologique et endoscopie digestive. Une salle de surveillance post-interventionnel (SSPI) de dix lits est adossé à ce bloc central.

Les locaux sont adaptés aux activités du bloc opératoire. L'ensemble des salles est conforme à la cinétique d'élimination des particules, notamment pour la salle d'orthopédie où est réalisée la pose de prothèses orthopédiques classée en ISO 5. Le bloc dispose d'un secteur de décartonnage, de salles de stockage du matériel, de salles intermédiaires de stockage des déchets adossées à chacune des salles d'intervention, et d'une salle centralisée des déchets à l'extérieur du bloc opératoire. Les vestiaires visiteurs et personnels sont sécurisés.

Les équipements du bloc opératoire sont adaptés à leur activité. En 2018, l'ensemble des demandes formulées par le secteur à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) a été honoré. Des postes informatiques sont disponibles dans chaque salle d'intervention et dans la SSPI.

Le système de planification des interventions est informatisé. Il est intégré au système d'information de l'établissement, permet la régulation des activités et garantit la programmation des blocs. L'établissement a mis en place un système informatique de planification du service de brancardage accessible au bloc opératoire aux unités de soins, ayant permis de réguler les flux d'entrée et de sortie du bloc, évitant ainsi la saturation du sas d'accueil du bloc.

L'organisation concernant les ressources documentaires est définie. Le bloc opératoire dispose d'une gestion documentaire papier dont la gestion est sous la responsabilité de l'encadrement du bloc opératoire.

Le matériel biomédical à disposition dans les salles d'intervention est adapté à l'activité et le dispositif de maintenance curatif et préventif est organisé par le service biomédical.

Le dispositif de maintenance des locaux est organisé. Il repose sur des partenaires externes pour la mesure de la qualité de l'air et des gaz médicaux. La qualité de l'eau est gérée en interne par les services techniques de l'établissement. Le nettoyage des salles et des annexes du bloc opératoire est organisé. Le contrôle d'ouverture des salles est organisé et de fiches d'ouverture de salle sont formalisées.

La prévention des risques professionnels en matière de radioprotection est organisée. Le contrôle des dosimètres passif et actif est assuré par la PSRPM présente à temps plein dans l'établissement.

Le CHJB a organisé la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) par la mise en place d'une traçabilité papier et informatique. Cette organisation permet de faire le lien entre le matériel implanté et le patient (cahier de traçabilité en salle, fiche de traçabilité adressée à la pharmacie qui gère les DMI et traçabilité dans le dossier du patient du matériel implanté).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cheffe de bloc et les cadres de santé IADE et IBODE sont des pilotes du processus. Elles ont la charge d'assurer le retour d'information concernant la mise en œuvre et l'évolution de la politique qualité et sécurité des soins au bloc opératoire auprès des équipes. L'établissement a mis en place des correspondants qualité au sein du secteur d'activité pour sensibiliser les professionnels aux risques et aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) du secteur, compte tenu du faible niveau d'information de ces derniers.

Lors de l'analyse des risques du processus, les professionnels ont été sollicités en réunion par les pilotes du processus pour exprimer leur avis. Certains d'entre eux ont participé au groupe de travail chargé d'analyser les risques du processus.

Au niveau du secteur d'activité, les contrôles de conformité des pratiques sont assurés par l'encadrement, notamment au travers des « Very Quick Audit (VAQ) ». L'implication des équipes en matière de signalement est effective et les professionnels ont connaissance des modalités de signalement des événements indésirables. En cas d'événements indésirables les impliquant, leur avis est recueilli lors de la recherche des circonstances qui précède l'analyse de causes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les procédures et protocoles spécifiques aux pratiques professionnelles du bloc opératoire sont accessibles sous format papier dans un classeur à proximité de la salle de régulation du bloc. La check-list HAS est disponible en version informatique dans le dossier du patient.

Les ressources humaines sont mises en place au niveau du bloc opératoire, tant sur le plan médical que paramédical. Elles permettent d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients durant les heures ouvrables sur l'ensemble des secteurs du bloc opératoire (dans les salles de bloc et dans le secteur de surveillance post-interventionnel) et pour l'ensemble des types d'activité. En effet, sont présents en heure ouvrable un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) pour deux salles d'intervention, avec un IADE et deux IBODE par salle. La grande majorité des IBODE, soit 19 sur 20 sont formés aux actes exclusifs. Pour garantir cet effectif au niveau médical, l'établissement est dans l'obligation de faire appel à des MAR intérimaires car seul 4,6 ETP sont couverts par les MAR titulaires. En dehors des heures ouvrables, les listes des professionnels médicaux de garde et d'astreinte, ainsi que les listes de garde et d'astreinte des soignants sont accessibles et tenues à jour. Cela permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins en cas d'urgence chirurgicale.

Des formations des professionnels sont mises en œuvre au niveau du bloc opératoire. Des formations sur la radioprotection ont été réalisées auprès des professionnels du bloc opératoire par la PSRPM, d'autant qu'il n'y a pas de manipulateur en électroradiologie médicale dédié au bloc opératoire. L'ensemble des professionnels impliqués dans la manipulation d'appareil émettant des rayonnements ionisants a été formé. Par ailleurs, en plus des formations réglementaires, des formations à la technique d'hypnose sont mises en œuvre.

La surveillance de la surpression des salles est garantie par des capteurs installés dans chaque salle. A ce jour, en fonctionnement habituel, comme le montre la programmation hebdomadaire, seules 6 salles d'intervention sur les 9 sont activées simultanément, ce qui permet à l'établissement de répondre à la réglementation sur le ratio salle d'intervention / places de SSPI (ratio de 1,5).

Les matériels nécessaires à la prise en charge des patients sont mis à disposition des professionnels (produits pharmaceutiques, chariots d'urgence, matériel chirurgical, matériel biomédical). Le matériel individuel de radioprotection est à disposition des professionnels, ainsi que les dosimètres passifs et actifs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du bloc opératoire mettent en œuvre les organisations et les procédures définies pour son fonctionnement et le management interne. Leurs pratiques, dont le contrôle d'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte et aux procédures.

Le conseil de bloc est opérationnel. Il se réunit selon la fréquence prévue dans la charte de fonctionnement du bloc et avec le quorum des professionnels comme le montre les comptes rendus du conseil.

Au niveau de l'encadrement du secteur, la cheffe de bloc et les cadres de santé sont présentes aux heures ouvrables. La régulation journalière du bloc opératoire est assurée par une des cadres de santé, en collaboration avec la secrétaire médicale du bloc.

La coordination entre les secteurs d'hospitalisation et les blocs opératoires est assuré à partir du dossier patient informatisé qui est accessible dans les salles de bloc dans lesquelles sont saisis le recueil des données infirmiers, la fiche de préparation de l'opéré et la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ». La transmission des éléments d'imagerie ainsi que les résultats d'examen de biologie est informatiqué et accessible au bloc opératoire. Le logiciel informatique de prescription étant disponible dans les unités d'hospitalisation et au niveau du bloc opératoire, les prescriptions médicamenteuses post-opératoires sont disponibles en temps réel au niveau des secteurs de soins. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

En ce qui concerne les locaux, ils sont entretenus. Le bionettoyage est assuré à l'ouverture des salles, entre chaque intervention et en fin de programme par l'équipe aide-soignante, ainsi qu'au niveau de la SSPI. Le contrôle des salles est assuré de façon journalière à leur ouverture.

La traçabilité dans le dossier anesthésique est effective en préopératoire, en peropératoire et en post-opératoire dans le dossier patient informatisé. La sortie du secteur de surveillance post-interventionnel est validée par le médecin responsable et tracée dans le dossier informatisé selon le score d'ALDRETE. La visite pré-anesthésique et la fiche d'autorisation de sortie de la SSPI sont imprimées à partir du dossier patient informatisé afin que ces documents soient paraphés par le MAR responsable, puis versés au dossier du patient car les praticiens ne disposent pas de signature électronique.

La programmation est informatisée et le chirurgien planifie informatiquement son intervention lors de la consultation sur les plages qui lui sont réservées. Le type d'anesthésie est renseigné informatiquement par le MAR lors de la consultation d'anesthésie. Le programme est validé chaque jeudi pour la semaine suivante. Ce programme est réajusté en cas de semi-urgence ou d'urgence par la régulation du bloc.

La check-list informatique « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour les interventions chirurgicales, comme le montre l'audit de complétude réalisé en 2018.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée au niveau du bloc opératoire et au niveau du dossier du patient.

La traçabilité des contrôles lors de l'ouverture des salles et celle du bionettoyage des salles est assurée au travers des différents outils informatiques mis à disposition des professionnels.

Les contrôles environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau et contrôle bactériologiques) sont réalisés et tracés. La traçabilité de la surveillance journalière de la surpression des salles est assurée.

Les mesures de radioprotection sont mises en œuvre et le contrôle des appareils de radioprotection est effectif.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « Management de la prise en charge au bloc opératoire » sur la base d'outils identifiés. Le conseil de bloc suit les Indicateurs nationaux Qualité Sécurité des Soins (IQSS) en lien avec son activité, notamment la tenue du dossier anesthésique, l'indicateur d'infection du site opératoire (ISO) et les indicateurs des infections associées aux soins (IAS, ICSHA). Les indicateurs « Hôpital numérique » en rapport avec le processus sont suivis au niveau de la direction qualité. Par ailleurs, des indicateurs quantitatifs portant sur l'activité comme le suivi mensuel de l'activité du bloc, et l'étude du taux d'occupation des salles sont pris en compte et suivis en conseil de bloc.

Le bloc opératoire suit également ses événements indésirables lors des réunions du comité de retour d'expérience du pôle (CREX de pôle), ce dernier se réunissant tous 3 mois.

Suite à la visite de certification V2014, une Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) a été mise en place au niveau du bloc opératoire à périodicité définie selon les modalités inscrites dans sa charte.

Des audits cliniques sont mis en œuvre au sein du bloc comme la complétude de la check-list et la préparation préopératoire. Ces EPP sont inscrites au tableau de bord des EPP qui est suivi par le service qualité.

Enfin l'encadrement du secteur met en œuvre des « Very Quick Audit (VAQ) » portant sur les pratiques du bloc à partir d'une trame institutionnelle. Les résultats sont suivis en conseil de bloc.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre lors du suivi des indicateurs, des analyses des fiches de signalement des événements indésirables, des VAQ et des résultats des audits réalisés.

Par ailleurs, l'analyse a priori des risques réalisée et suivi depuis 2013 a permis d'identifier des actions d'

amélioration. Celles en rapport avec les risques prioritaires ont été intégrées au compte qualité de l'établissement. Des actions de communication sur les résultats des évaluations sont menées en conseil de bloc et en Commission qualité et gestion des risques.

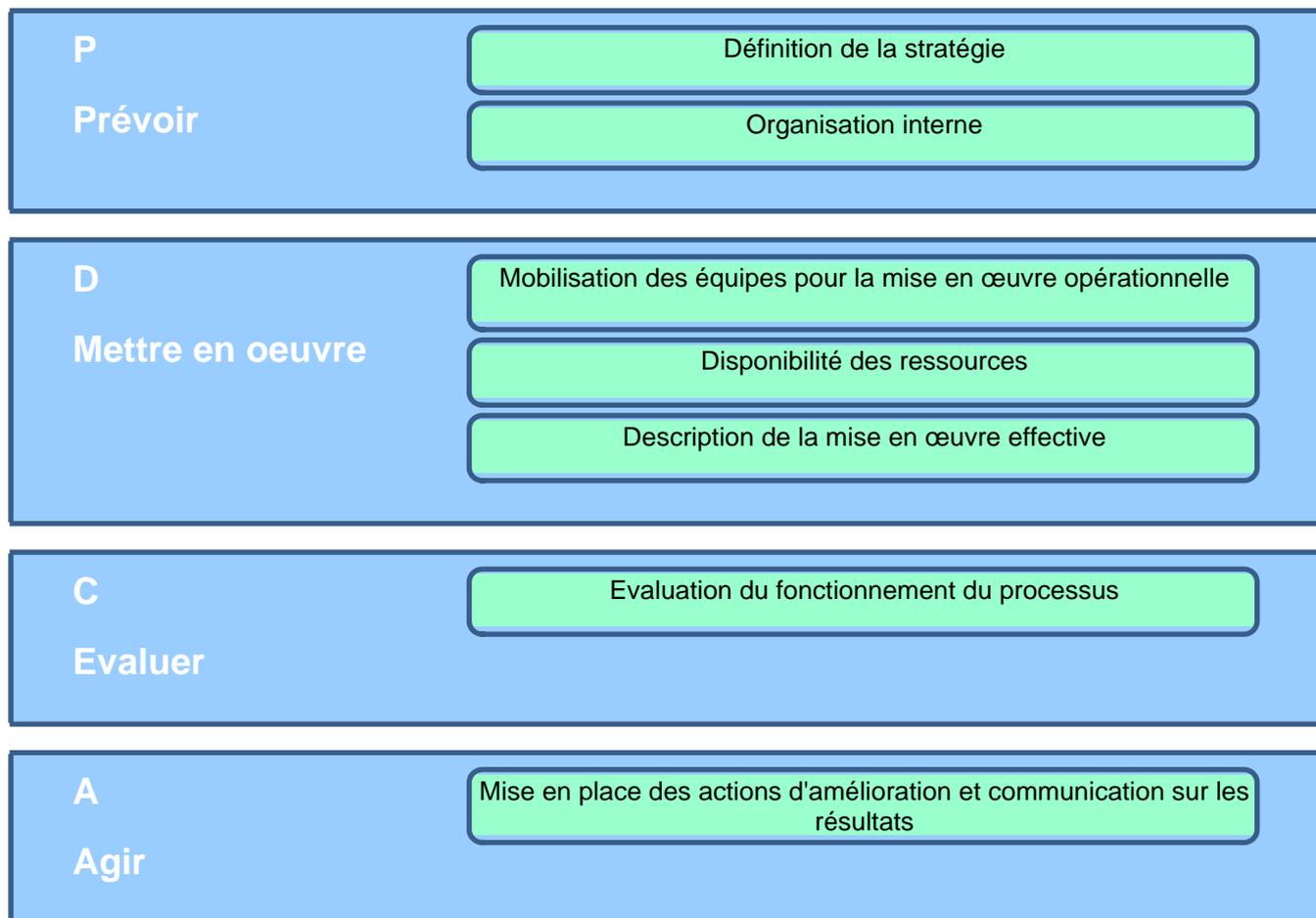
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

L'établissement dispose de deux salles de coronarographies et d'une salle de rythmologie dans le secteur de cardiologie et d'une salle de chirurgie vasculaire au bloc opératoire.

L'établissement a formalisé sa politique concernant l'imagerie interventionnelle dans son projet d'établissement. Pour les actes d'imagerie interventionnelle réalisés dans le secteur de cardiologie (coronarographie et rythmologie), la politique est inscrite au projet de pôle de médecine A. En ce qui concerne les actes réalisés en chirurgie vasculaire, la politique est reprise au niveau du projet de pôle chirurgie. Cette politique prend en compte les recommandations de la certification V2014 et les risques identifiés au niveau des secteurs. Pour chaque axe stratégique des objectifs opérationnels ont été identifiés. Cette politique a été présentée et validée en bureau de pôle pour le secteur de cardiologie et en conseil de bloc pour le secteur de chirurgie vasculaire. Une révision de la politique est réalisée au travers du bilan annuel du projet d'établissement qui est présenté aux instances : Commission Médicale d'Établissement (CME), Commission des coins Infirmiers, de Réadaptation et Médico-Techniques (CSIRMT) et Directoire.

Une cartographie des risques en salle de coronarographie a été formalisée en 2015. Celle concernant la salle de rythmologie est en cours de formalisation et celle de la chirurgie vasculaire est intégrée à la cartographie du bloc opératoire qui est formalisée depuis 2013.

Ces cartographies ont été réalisées à partir d'une cartographie du processus prenant en compte le processus de réalisation, les processus supports et les processus de management. Ces Analyses Préliminaire des Risques (APR), réalisées par des groupes de travail pluriprofessionnels, ont donné lieu à des plans d'actions. Le suivi des APR est assuré par les pilotes du processus imagerie interventionnelle pour celles de la salle de coronarographie et de rythmologie, et par les pilotes du processus management du bloc opératoire pour celle de la chirurgie vasculaire. Les cartographies sont réévaluées tous les deux ans pour la coronarographie (2017) et la chirurgie vasculaire (2015 et 2017). Les risques identifiés ont été hiérarchisés à partir d'échelles proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec l'appui de l'équipe qualité de l'établissement. A ce jour cinq risques prioritaires ont été inscrits au compte qualité de l'établissement pour le processus imagerie interventionnelle avec un risque commun avec le processus management du bloc opératoire concernant la radioprotection des patients. Ces risques sont suivis au niveau institutionnel, le compte qualité a été présenté aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus d'imagerie interventionnelle au niveau institutionnel. Pour le secteur de coronarographie et de rythmologie l'organisation est formalisée au travers du manuel qualité d'imagerie interventionnelle, et pour la chirurgie vasculaire au travers de la charte de fonctionnement du bloc opératoire. Ces documents sont validés et diffusés via le système de gestion documentaire informatique de l'établissement. Ils décrivent les modes de fonctionnement des secteurs et des différents types de prise en charge ainsi que les responsables des acteurs intervenant dans les secteurs.

Les pilotes du processus imagerie interventionnelle sont identifiés. Il s'agit du médecin chef de service de l'unité fonctionnelle de coronarographie, du cadre de santé de coronarographie, du cadre de santé de rythmologie et de la Personne Spécialisée en Radiophysique Médicale (PSRPM). Cette dernière assure la coordination entre le pilotage du processus imagerie interventionnelle et celui du processus de management du bloc opératoire pour l'identification et le suivi des risques des secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle. Des fiches de mission ont été élaborées pour chacun des pilotes. Les pilotes ont été formés sur l'analyse des processus et l'analyse des risques en interne par les responsables du service qualité.

La régulation des activités de l'ensemble des secteurs est organisée. En ce qui concerne le secteur de chirurgie vasculaire, la régulation est incluse dans la régulation du bloc opératoire. Pour la salle de coronarographie et la salle de rythmologie, elle est sous la responsabilité des médecins et prend en compte les urgences, notamment en ce qui concerne le secteur de coronarographie.

Au regard des besoins et des risques identifiés et des types de prise en charge réalisés, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences nécessaires tant dans le secteur de chirurgie vasculaire que dans les secteurs de coronarographie et de rythmologie. Pour le secteur de coronarographie 4 postes Équivalent Temps Plein (ETP) médicaux sont budgétés ainsi que 3 postes ETP d'infirmier et 5 postes ETP de manipulateur en électroradiologie médicale. Pour le secteur de rythmologie, l'établissement met à disposition au niveau du secteur 4 postes ETP médicaux et 3 postes ETP d'infirmier. L'encadrement soignant de chaque secteur est assuré par un cadre de santé. En ce qui concerne la chirurgie vasculaire, le bloc met à disposition les ressources humaines et les compétences nécessaires.

L'ensemble des deux salles de coronarographie et la salle de rythmologie sont conformes. L'établissement a réalisé la rénovation d'une des salles de coronarographie en janvier 2018.

Cependant, les dispositions techniques au niveau de la salle de chirurgie vasculaire ne permettent qu'une prise en compte partielle des documents de référence liés à la réglementation. En effet, bien que l'appareil ionisant soit équipé d'un signal lumineux et sonore et que les professionnels signalent par affichage sur les vitres de la salle la mise en tension de l'appareil, il n'existe pas de signal lumineux externe informant les professionnels du bloc opératoire de la mise en tension et de l'utilisation du matériel ionisant (NFC 15-160).

Les équipements des secteurs sont adaptés à leur activité. En 2018, l'ensemble des demandes formulées par les secteurs à l'état des prévisions de recettes et dépenses (EPRD) ont été honorées. L'établissement a investi dans un logiciel permettant de réduire les doses délivrées aux patients et le remplacement du matériel de contre-pulsion est prévu à l'EPRD 2019. Des postes informatiques sont disponibles dans chaque secteur, et les secteurs de coronarographie et de rythmologie disposent d'un logiciel informatique interfacé au dossier patient informatisé. Le matériel biomédical dans les salles d'intervention est adapté à l'activité et le dispositif de maintenance curatif et préventif est organisé par le service biomédical.

Le dispositif de maintenance des locaux est organisé. Le bionettoyage des salles est organisé : il est prévu un bionettoyage lors de l'ouverture des salles, entre chaque intervention et à la fermeture des salles. La check-list « pré / post interventionnelle » utilisée dans le secteur de coronarographie, ainsi que celle utilisée dans le secteur de rythmologie, permettent de tracer le bionettoyage entre chaque intervention. Le contrôle d'ouverture des salles est organisé et de fiches d'ouverture de salle sont formalisées.

La prévention des risques professionnels en matière de radioprotection est arrêtée. Le contrôle des dosimètres passif et actif est assuré par la PSRPM présente à temps plein dans l'établissement. Le suivi des surexpositions des patients est organisé ; il est de la responsabilité de la PSRPM et la déclaration à l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) est prévue en cas d'accident de surexposition d'un patient.

L'établissement a organisé la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI) par la mise en place d'une traçabilité papier et informatique au niveau du logiciel d'imagerie. Cette organisation permet de faire le lien entre le matériel implanté et le patient (fiche de traçabilité adressée à la pharmacie qui gère les DMI et traçabilité dans le dossier du patient du matériel implanté).

L'organisation concernant les ressources documentaires est définie. La gestion documentaire du secteur de chirurgie vasculaire est assurée par le bloc opératoire ; celle des secteurs de coronarographie et de rythmologie est intégrée à la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé du secteur de la coronarographie et du secteur de rythmologie sont des pilotes du processus. Elles ont la charge d'assurer le retour d'information concernant la mise en œuvre et l'évolution de la politique qualité et sécurité des soins auprès des équipes. En ce qui concerne le secteur de chirurgie vasculaire, ce retour d'information est assuré par les cadres de santé du bloc opératoire. L'établissement a mis en place des correspondants qualités au sein du secteur d'activité pour sensibiliser les professionnels aux risques et aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) du secteur, compte tenu du faible niveau d'information de ces derniers.

Lors de l'analyse des risques du processus, les professionnels ont été sollicités par les pilotes lors de réunions pour exprimer leur avis. Certains ont participé au groupe de travail chargé d'analyser les risques du processus.

Au niveau des secteurs, les contrôles de conformités des pratiques sont assurés par l'encadrement notamment au travers des « Very Quick Audit (VAQ) ». L'implication des équipes en matière de signalement est effective et les professionnels ont connaissance des modalités de signalement des événements indésirables. En cas d'événements indésirables les impliquant, leur avis est recueilli lors de la recherche des circonstances qui précède l'analyse de causes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, tant médicale que paramédicales, sont mises en place au niveau de chaque secteur. Elles permettent d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients sur les heures ouvrables dans l'ensemble des secteurs et pour l'ensemble des types d'activité. Pour toute intervention en salle de coronarographie sont présents un médecin cardiologue angioplasticien, deux personnels infirmiers et un manipulateur en électroradiologie médicale. En ce qui concerne le secteur de chirurgie vasculaire le bloc opératoire met à disposition de la salle les effectifs prévus dans la charte du bloc opératoire. En dehors des heures ouvrables, les listes des professionnels médicaux de garde et d'astreinte et ainsi que les listes de garde et d'astreinte des personnels soignants sont accessibles et tenues à jour. Cela permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins en cas d'urgence. Au niveau de l'encadrement du secteur, les cadres de santé de la coronarographie et du secteur de rythmologie sont présentes aux heures ouvrables. Pour la salle de chirurgie vasculaire, l'encadrement est assuré par celui du bloc opératoire.

Des formations des professionnels sont mises en œuvre au niveau de l'ensemble des secteurs. Des formations sur la radioprotection ont été réalisées auprès des professionnels par la PSRPM. L'ensemble

des professionnels impliqués dans la manipulation d'appareil émettant des rayonnements ionisants ont été formés. Par ailleurs, en plus des formations réglementaires comme la formation aux gestes de soins d'urgence (AFGSU), des formations spécifiques sont réalisées comme la formation à la contre-pulsion fin 2018 (30 professionnels formés), la formation cardio/syndrome coronarien aigu (25 professionnels formés) ou encore la formation à la communication thérapeutique (4 professionnels dans le secteur de rythmologie).

Les documents utiles aux différents secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle, en ce qui concerne le management de la qualité et de la gestion des risques, sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire électronique via l'intranet. Les procédures et protocoles spécifiques aux pratiques professionnelles du secteur de chirurgie vasculaire sont accessibles sous forme papier dans un classeur à proximité de la salle de régulation du bloc. Pour les secteurs de coronarographie et de rythmologie les documents sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire. La check-list « pré / post interventionnelle » est disponible dans le dossier du patient pour les secteurs de coronarographie et de rythmologie. Le secteur de chirurgie vasculaire utilise la check-list HAS « sécurité du patient » qui est disponible sous format papier et dans le système de gestion documentaire informatique.

En ce qui concerne les locaux, le contrôle des salles pour vérifier leur opérationnalité est assuré de façon journalière à leur ouverture. La surveillance de la surpression des salles est assurée par des capteurs installés dans chaque salle.

Les matériels nécessaires à la prise en charge des patients sont mis à disposition des professionnels (produits pharmaceutiques, chariots d'urgence, matériel chirurgical, matériel biomédical) dans l'ensemble des secteurs. Le matériel individuel de radioprotection est mis à disposition des professionnels, ainsi que des dosimètres passif et actif.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels des secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle met en œuvre les organisations et les procédures définies pour son fonctionnement et le management interne. Leurs pratiques, dont le contrôle d'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte du bloc opératoire, au manuel qualité d'imagerie interventionnelle et aux procédures des secteurs.

La coordination entre les secteurs d'hospitalisation et les secteurs d'imagerie interventionnelle est assurée au travers du dossier patient informatisé, qui est accessible dans l'ensemble des secteurs. Par ailleurs, l'interfaçage entre le dossier patient informatique et le logiciel d'imagerie utilisé dans les secteurs de coronarographie et de rythmologie participe à cette coordination. Les transmissions des éléments d'imagerie et des résultats des examens de biologie médicale sont informatiques et accessibles à l'ensemble des secteurs. Le logiciel informatique de prescription étant disponible dans l'ensemble des secteurs, les prescriptions médicamenteuses post-interventionnelles sont disponibles en temps réel au niveau des services de soins. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des administrations médicamenteuses réalisées par le cardiologue en per-interventionnelle pour le secteur de coronarographie est réalisée sur un document papier qui est versé au dossier patient.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est mise en œuvre sur l'ensemble des secteurs d'imagerie interventionnelle.

La check-list informatique « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour les interventions réalisées dans le secteur de chirurgie vasculaire comme le montre l'audit de complétude réalisé en 2018. La check-list « pré / post interventionnelle » est mise en œuvre dans les secteurs de coronarographie et de rythmologie.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée au niveau des secteurs et dans le dossier du patient.

La traçabilité des contrôles lors de l'ouverture des salles ainsi que celle du bionettoyage des salles sont assurées au travers des différents outils informatiques mis à disposition des professionnels.

Les contrôles environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau et contrôle bactériologiques) sont réalisés et tracés. La traçabilité de la surveillance journalière de la surpression des salles est également assurée pour tous les secteurs.

Les mesures de radioprotection, notamment le port de tabliers, sont mises en œuvre et le contrôle des appareils de radioprotection est assuré.

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. Chaque secteur réalisant des actes d'imagerie interventionnelle suit les indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins (IQSS) en lien avec son activité : tenue du dossier anesthésique pour la chirurgie vasculaire et délai entre le geste de reperfusion coronaire et l'électrocardiogramme (ECG) qualifiant pour l'activité de coronarographie au travers sa participation à l'étude régionale de l'observatoire de cardiologie interventionnelle de la région Centre-Val de Loire depuis 2014. Les indicateurs d'infections associés aux soins (IAS, ICSHA) sont suivis sur l'ensemble des secteurs. Les indicateurs « Hôpital

Numérique » concernant cette activité sont renseignés au niveau de l'établissement. Par ailleurs, les secteurs suivent des indicateurs d'activité via les indicateurs du bloc opératoire pour le secteur de chirurgie vasculaire et via l'indicateur du logiciel d'imagerie pour les secteurs de coronarographie et de rythmologie.

Les secteurs suivent également leurs évènements indésirables lors des réunions des comités de retour d'expérience (CREX) de leur pôle respectif qui se réunissent de façon trimestrielle. En cas d'évènement indésirable en lien avec une problématique de radioprotection, la PSRPM est invitée au CREX de pôle.

Par ailleurs, la PSRPM assure le suivi dosimétrique des patients par une revue de dossier mensuelle, et réalise une déclaration en cas de dépassement à l'ASN ; elle informe alors le praticien par courrier électronique.

Le secteur de chirurgie vasculaire participe à la Revue de Mortalité Morbidité (RMM) du bloc opératoire, et les secteurs de coronarographie et de rythmologie à celle de cardiologie.

Enfin l'encadrement des secteurs met en œuvre des « Very Quick Audit (VAQ) » à partir d'une trame institutionnelle.

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre lors du suivi des indicateurs, des analyses des fiches de signalement des évènements indésirables, et des VAQ.

Par ailleurs, les APR réalisées et suivies dans les secteurs réalisant des actes d'imagerie interventionnelle (depuis 2013 au bloc opératoire pour le secteur de chirurgie vasculaire, depuis 2015 dans le secteur de coronarographie et depuis 2018 dans le secteur de rythmologie) ont permis d'identifier des actions d'amélioration. Celles en rapport avec les risques prioritaires ont été intégrées au compte qualité de l'établissement.

Des actions de communication sur les résultats des évaluations sont menées en Commission Qualité et gestion des risques, en CME et en CSIRMT.

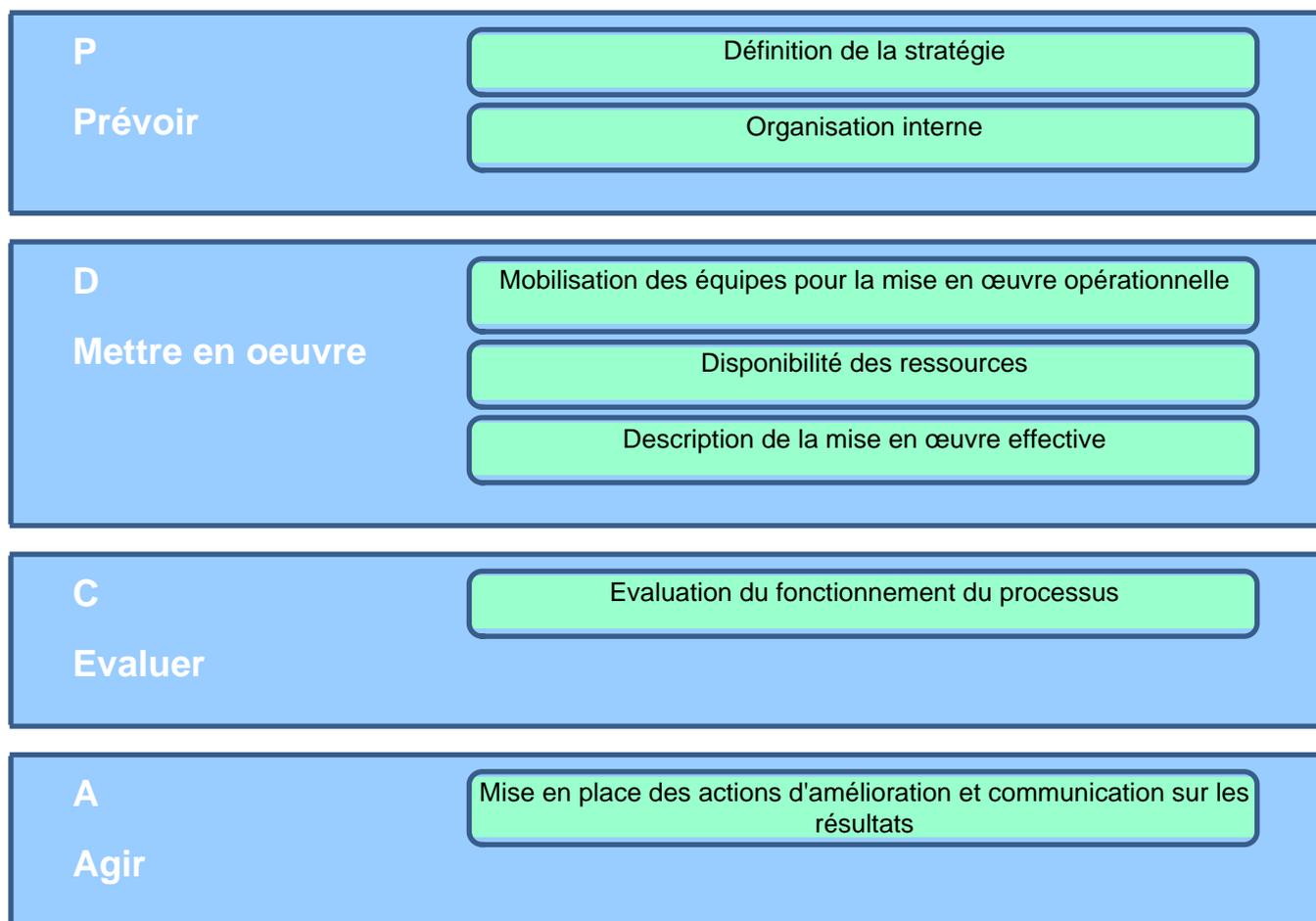
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges (CHJC) propose cinq spécialités endoscopiques : digestives, bronchiques, oto-rhino-laryngologique (ORL), cystoscopique, ainsi que des Échographies Trans-Œsophagienne (ETO). Un organigramme institutionnel les identifie.

Les endoscopies sont organisées sur cinq secteurs différenciés couvrant trois pôles d'activité. 4 292 endoscopies ont été réalisées en 2018 : 2263 en spécialité digestive (dont 740 au bloc opératoire), 1 229 en ORL, 292 fibroscopies de la trachée et bronchiques, 288 endoscopies de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin et 220 ETO. Les endoscopies réalisées sur le bloc central intègrent l'organisation, le fonctionnement, les processus et procédures du bloc opératoire.

Un des axes du projet d'établissement 2016/2020 est orienté vers le développement de la pratique de l'écho-endoscopie digestive.

Les pilotes du processus ont identifié les besoins et analysé les risques en endoscopie avec les professionnels concernés des cinq sites. Il ont utilisé les données sources suivantes : l'analyse des Fiches d'Événements Indésirables (FEI), le bilan des Comités de Retour d'Expérience (CREX), les résultats des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) et des audits (utilisation de la check-list), les suivis des indicateurs internes quantitatifs (suivi infectieux des endoscopes, nombre de pannes de matériel, nombre de professionnels formés, etc.) et qualitatifs (taux de conformité du processus, retard de rendez-vous, annulation, ajout dans le planning journalier, etc.), et les opportunités d'amélioration des pratiques (expertise d'une infirmière de pneumologie).

Ces professionnels ont réalisé en 2018 une cartographie des risques liée à l'ensemble des endoscopies à partir de celle réalisée en 2012 pour les endoscopies digestives. Les professionnels des différents secteurs ont hiérarchisé quatre risques selon la grille institutionnelle interne et les ont intégrés au compte qualité : risques sur les activités d'endoscopie non cartographiées globalement, processus non évalué exhaustivement sur la base d'indicateurs pertinents, prise en charge inadéquate d'une complication d'un geste endoscopique ou du traitement du dispositif médical, défaut d'évaluation du processus avec reproduction potentielle de dysfonctionnements.

Un plan de quatre actions a été mis en œuvre selon un calendrier établi : mise en place d'une cartographie exhaustive de l'ensemble de l'activité endoscopique (identification de l'ensemble des risques communs à l'activité et les risques spécifiques par type de prise en charge), mesure de la conformité du processus global de la prise en charge à partir d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs performants, maintien d'un niveau de compétences médicales et paramédicales dans tous les secteurs pour sécuriser la prise en charge du patient (plan de formation), et sécurisation du processus (mise en place d'une RMM dédiée à l'activité).

Les pilotes de processus sont les garants de l'avancée du plan d'actions inscrit au compte qualité, en collaboration avec la Commission Qualité et Coordination Gestion des Risques (CQCGDR) et la Commission Médicale d'Établissement (CME). Un bilan des plans d'actions est réalisé deux fois par an et est présenté annuellement aux instances. Les tableaux de bord qualité sont mis à disposition des responsables de pôles à partir d'un outil dédié. Les indicateurs nationaux disponibles sur les sites intranet et internet du CHJC font l'objet d'une présentation aux instances et d'un affichage. Ils sont intégrés au livret d'accueil du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de l'endoscopie est effectif. Deux pilotes interviennent dans le cadre d'une lettre de mission élaborée par la CQCGDR : le chef de service de gastro entérologie et de l'endoscopie digestive, ainsi que le cadre supérieur de santé du pôle chirurgie. Ils travaillent en collaboration avec les Cadres de Santé (CS) et Infirmières (IDE) des secteurs, avec une IDE hygiéniste de l'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (UHLIN).

17 IDE sont formées et travaillent sur les secteurs d'endoscopie. Elles assurent la prise en charge sécurisée des patients et le traitement des endoscopes. Le tutorat par le personnel expérimenté fait partie intégrante de la formation des IDE d'endoscopie et des nouveaux arrivants. En cardiologie, un parcours d'intégration est mis en place pour les IDE arrivant sur le secteur des explorations fonctionnelles.

Des formations à la douleur, à l'endoscopie, aux gestes d'urgences, à la gestion des endoscopes sont régulièrement proposées aux IDE des différents secteurs. Une IDE a obtenu un Diplôme Inter Universitaire (DIU) en endoscopie.

Des procédures issues de documents de référence validés sont élaborés. Ces documents sont intégrés au dispositif de Gestion Électronique des Documents institutionnelle (GED) : traitement des endoscopes, traçabilités, check-list, règles de tenue du dossier en endoscopie, etc.

Des supports informatifs sont élaborés à destination des patients pour leur expliquer l'endoscopie, la préparation nécessaire, ou la surveillance post endoscopique.

Une charte de fonctionnement visant à décrire l'organisation a été élaborée. La programmation des

examens est organisée. La permanence des soins et les urgences en endoscopie sont assurées. Une astreinte médicale est en place en secteur digestif. Une astreinte IDE est prévue en endoscopie digestive les week-end et jours fériés de 10h à 18h.

Les locaux sont fonctionnels sur l'ensemble des secteurs avec salles d'attente et salles de consultation. Ils respectent l'intimité du patient et la confidentialité des données.

Le parcours du patient en endoscopie est organisé. Les différents secteurs ont mis en place des accueils adaptés à la typologie des patients reçus (accueil assis, accueil allongé dans certains secteurs).

Le traitement des endoscopes est assuré dans la salle de réalisation de l'examen sur les secteurs de pneumologie, d'ORL, d'urologie et de cardiologie. Les IDE des secteurs d'endoscopie gèrent le traitement des endoscopes utilisés au bloc opératoire.

Sur le secteur des endoscopies digestives, il existe une salle de traitement des endoscopes avec une « marche en avant » formalisée.

Les prélèvements bactériologiques et cytologiques sont prévus pour tous les matériels par l'UHLIN, en collaboration avec les professionnels des secteurs.

Le dossier patient (informatique et papier) intègre les données médicales des patients (pertinence de l'indication, explication du consentement éclairé, recherche ATNC). Les documents suivants y sont intégrés : consentement éclairé (existant sur la cardiologie, la pneumologie et la gastro entérologie), formulaires de préparation à l'endoscopie, compte rendu d'endoscopie, compte rendu d'anesthésie, check-list sécurité spécifique à chaque secteur, prélèvements (microbiologiques, anatomo-cytopathologiques et leurs résultats), fiches de surveillance post-endoscopie, traçabilité de l'endoscope utilisé et de son mode de traitement.

Le CHJC, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du CHER, a la responsabilité de la fonction achat. Ces derniers et les maintenances des endoscopes et matériels nécessaires au traitement des endoscopes sont décrits dans les cahiers des charges. Un prestataire unique aux secteurs est identifié. Le secteur d'urologie travaille avec deux prestataires supplémentaires. Les biomédicaux sont en charge de la coordination des suivis et des maintenances. Les modalités et les fiches navettes sont formalisées dans le cadre de prêts d'endoscope.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé sont en charge de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein des différents secteurs d'endoscopie, en collaboration avec les professionnels. Elles veillent à la mise en œuvre des procédures validées (notamment sur le traitement des endoscopes et les parcours), au respect des bonnes pratiques et communiquent auprès de leurs équipes respectives. Elles mettent en place les groupes de travail nécessaires à la démarche et font le lien avec les pilotes de processus.

L'IDE de pneumologie ayant un DIU d'endoscopie est la référente des secteurs. Elle est sollicitée régulièrement. Elle participe aux groupes de travail et répond aux demandes des différents secteurs au vu de son expertise.

Les équipes participent à la réalisation ou au ajustement des procédures. Quatre réunions inter-secteurs ont été programmées pour réaliser la cartographie générale des risques en endoscopie.

Des réunions d'information formelles ou informelles ont lieu dans les différents secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical présents au niveau du secteur d'endoscopie sont en adéquation avec l'activité et les programmations. 3 IDE et 3 IDE remplaçantes sont positionnées en endoscopie digestive, 2 IDE et 3 IDE remplaçantes en pneumologie, 2 IDE en ORL, 3 IDE en urologie, et 4 IDE en cardiologie. Les professionnels bénéficient de formations régulières. En 2018, 3 IDE ont été formées à « Video- Digest : théorie et pratique filmée », 3 IDE ont participé à une formation à l'endoscopie, 1 IDE a réalisé un DIU en endoscopie, 3 IDE ont reçu l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU), 2 IDE ont participé à une formation sur « la communication thérapeutique », 2 à la relaxation, 2 à l'hypnoanalgésie, etc.

Le secteur d'endoscopies dispose d'un parc d'endoscopes adapté en lien avec l'activité : 2 urétéroscopes souples, 4 cytosopes dont un à gaines à usage unique, 3 vidéos bronchoscopes, 4 naso-fibroscopes ORL (1 par salle), 7 vidéo coloscopes, 1 vidéo gastroscopie naso-pédiatrique, 6 vidéo gastroscopes, 1 écho endoscope gastrique, et 1 sonde Trans Œsophagienne. L'équipe biomédicale et les prestataires des matériels concernés assurent la maintenance et le suivi des endoscopes, des Enceinte de Stockage des Endoscopes Thermosensibles (ESET), des Laveurs Désinfecteurs d'Endoscopes (LDE) et des paillasse semi automatisées et manuelles.

Le traitement des endoscopes permet leur mise à disposition selon les modalités définies dans la procédure « Organisation des plateaux techniques d'endoscopie thermosensibles au CHJC » du 13 juin 2016. En pneumologie, une paillasse semi-automatique est fonctionnelle. En endoscopie digestive, le traitement est automatisé avec 2 soluscopes. En cardiologie, le traitement est manuel. Des fibroscopes à usage unique sont disponibles en réanimation en dehors des heures d'ouverture des unités d'endoscopie. L'ORL a à disposition des gaines à usages unique. Le process manuel est utilisé sur tous les secteurs en

mode dégradé. Les professionnels ont à disposition des Équipements de Protection Individuelle (EPI) : masques, tabliers, gants, lunettes, etc. Des armoires de stockage d'endoscopes sont en place sur les différents secteurs d'endoscopie digestive, d'urologie, de cardiologie et de pneumologie. Un bac spécifique de rangement est en place en ORL.

Les procédures issues de documents de référence validés sont mises à disposition des professionnels dans la GED. En endoscopie digestive, les procédures de bonnes pratiques sont intégrées dans un classeur disponible en salle d'examen. Des posters sont affichés dans les différents secteurs pour faciliter la continuité des pratiques avec les remplaçants et nouveaux arrivants.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients en amont et en aval des examens : recommandations après une cytoscopie, recommandations avant et après une écho endoscopie, etc. Un chariot d'urgences vitales est disponible sur tous les secteurs, comme défini dans la politique de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les observations issues des visites sur les différents secteurs et les rencontres avec les professionnels impactés par le processus confirment l'effectivité de la mise en œuvre.

Chaque secteur d'endoscopie décline l'organisation définie, connue des professionnels rencontrés, permettant de répondre à l'accueil du patient et à la sécurisation de sa prise en charge. Dans le cadre de la mise en place des écho-endoscopies digestives, du matériel a été acheté et les gastro-entérologues formés à cette nouvelle pratique. Les personnels maîtrisent l'utilisation de l'outil de gestion documentaire. Les procédures liées à l'endoscopie sont mises en œuvre dans les des différents secteurs : identitévigilance, utilisation des check-lists, accueil et installation des patients, information du patient, complétude du dossier, surveillance du patient, pré traitement et traitement des endoscopes, etc.

Les équipements et matériels en panne sont remplacés dans des délais permettant la continuité de la prise en charge des patients. Le matériel de prêt est tracé et contrôlé microbiologiquement avant son utilisation.

Les équipes d'endoscopie rencontrées insistent sur la mise en confiance du patient dès l'accueil, et sur l'information du déroulement de l'examen. Les IDE de cardiologie sont formées à la communication thérapeutique.

La programmation et la régulation des endoscopies sont opérationnelles et réalisées par les IDE sur tous les secteurs.

Le traitement des endoscopes est mis en place sur chaque secteur selon la méthode définie (traitement automatisé, semi automatisé, manuel). Dans la salle de traitement des endoscopes en secteur digestif, un logiciel intégré au LDE et la paillasse informatisée permettent d'enregistrer la traçabilité du traitement complet de l'endoscope avec le n° du Dispositif Médical (DM) et le nom la personne responsable de la désinfection. Les tests d'étanchéité sont réalisés. En cardiologie sont réalisés les tests de conductivité.

L'organisation prévoit un déplacement des équipes d'endoscopie en réanimation et aux urgences qui est effectif. Le transport des endoscopes est sécurisé grâce à des chariots de transport adaptés. Les modalités de transport des endoscopes sont connues du lieu d'examen au lieu de traitement et suivent les recommandations.

Des prélèvements sont réalisés en routine sur les endoscopes selon un calendrier. Il existe des modalités de prélèvement systématique lors de toute maintenance et/ou réparation. Une validation systématique des résultats bactériologiques par l'UHLIN est en place avant toute réutilisation du dispositif. En endoscopie digestive, des prélèvements sont réalisés une fois par mois sur l'eau de rinçage, une fois par trimestre sur l'alimentation en eau des LDE et une fois par trimestre sur l'air et les surfaces des ESET. La ventilation et la qualité de l'air des locaux des salles de traitement font l'objet d'un suivi.

La traçabilité est effective à toutes les étapes de la prise en charge sur l'ensemble des secteurs comme cela a été constaté lors des rencontres de terrain et lors de la présentation du patient traceur. Les check-lists « sécurité du patient en endoscopie » sont utilisées et tracées dans le dossier du patient. La recherche du risque ATNC est effective et tracée dans les dossiers des patients.

La traçabilité de l'acte, des matériels utilisés et de leur traitement est assurée et reportée dans le dossier du patient ainsi que l'identité de l'opérateur et de l'IDE responsable du traitement. Les comptes rendus endoscopiques réalisés mentionnent le nom du patient, le nom de l'opérateur, le n° de l'endoscope ainsi que les comptes rendus de l'examen et les images de l'examen endoscopique. Ils sont intégrés dans le dossier patient, comme vu lors de la présentation du patient traceur pris en charge en endoscopie digestive.

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge, notamment sur le bénéfice/risque de la procédure. Il est informé des consignes à suivre avant la procédure (information avant une écho endoscopie digestive, etc.) et des consignes à suivre après la procédure (consignes et recommandations après une coloscopie, recommandations après une cytoscopie, etc.). Son consentement éclairé est recueilli dans la majorité des secteurs. Son identité est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge.

Les procédures et supports de signalement sont connus des professionnels, qui participent à la déclaration des EI et à leur analyse. Deux IDE rencontrées en endoscopie digestive et en ORL ont déjà réalisé des FEI : problème d'étiquetage de prélèvements et patient non préparé à l'examen.

En cas de passage au bloc opératoire, la fiche de liaison services/bloc opératoire est utilisée. La sortie de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) est validée par l'anesthésiste selon la procédure définie. En cas de prise en charge en ambulatoire, la vérification de l'aptitude au domicile est réalisée par

l'IDE, qui utilise le score de Chung. L'autorisation de sortie est signée par le médecin.
Une revue de mortalité morbidité (RMM) en endoscopie a eu lieu en janvier 2019 pour un patient du secteur d'endoscopies digestive.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

À l'échelle de l'établissement, les pilotes assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie grâce à la mise en place d'un dispositif d'évaluation.
Des indicateurs sont suivis sur chaque secteur : activité, nombre de professionnels formés, nombre de RMM, etc. La conformité des prélèvements est recherchée. En 2017, 70 prélèvements ont été réalisés en endoscopie digestive, 13 sur les consultations urologiques, 4 en pneumologie avec une conformité satisfaisante.
Quatre événements indésirables en lien avec l'endoscopie ont été réalisées en 2018 et analysées.
Un audit a été réalisé en 2018 sur chaque secteur pour vérifier l'utilisation des check-lists.
Une évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée sur le secteur de chirurgie ambulatoire. Les plaintes et réclamations sont traitées au sein de l'établissement. Aucune ne concerne l'activité d'endoscopie en 2017, comme le confirme le rapport d'activité de la Commission des usagers.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs, des évaluations des pratiques professionnelles et audits sont analysés et permettent la mise en place d'actions d'amélioration. Le compte qualité est ajusté en continu.
Suite à une FEI en avril 2018, il a été mis en place au sein des secteurs d'endoscopie des posters sur les différentes actions à réaliser lors du traitement des endoscopes, pour les professionnels remplaçants. Une formation supplémentaire a été réalisée pour les IDE de nuit.
Suite à une FEI de juin 2018, un rappel des règles d'identitovigilance a été réalisé aux équipes d'endoscopie.
Suite à une RMM réalisée en janvier 2019, les gastroentérologues ont réalisé un protocole sur « La gestion des antiagrégants plaquettaires et anticoagulants oraux en endoscope digestive ». Une communication et information ont été réalisées auprès des professionnels du secteur.
Des réunions organisées par les pilotes de processus et l'encadrement permettent de dégager des actions d'amélioration qui prennent en compte les avis des professionnels. L'équipe du secteur des endoscopies digestives a mené une réflexion sur la prise en charge du « patient instable ». Un chariot d'urgences et un scope de surveillance ont été installés. Le groupe de travail mis en place sur le secteur de cardiologie a formalisé et mis en œuvre la check-list « Sécurité du patient en échographie transoesophagienne ». Un logigramme de parcours en interne et en externe pour les patients pris en charge en ETO, une procédure de réalisation de l'examen et une fiche de tâches pour les IDE sont en cours de formalisation.
Le pilotage institutionnel est informé des axes d'amélioration mis en œuvre. Les plans d'actions réalisés sont présentés aux instances.

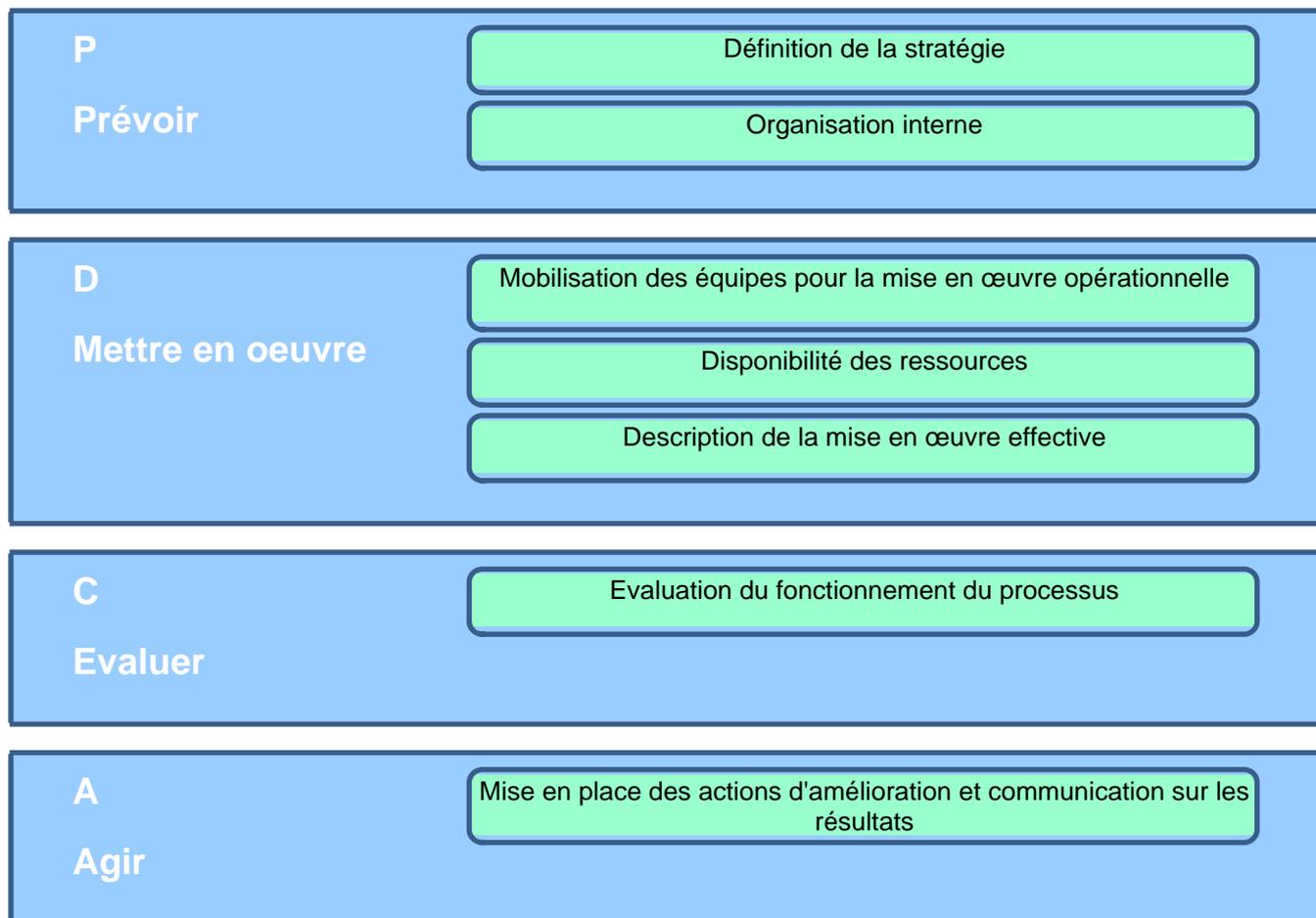
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Pôle « Femme/Enfant » du Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES (CHJC) intègre dans son périmètre une maternité de niveau 2 B, avec 1132 naissances réalisées en 2018. Un service de néonatalogie est en appui de la maternité pour l'accueil des nouveau-nés qui relèvent de soins intensifs.

L'autorisation d'activité de soins de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie a été renouvelée le 2 août 2016 par l'ARS Centre Val-de-Loire pour une durée de 5 ans.

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque fœto-maternel au niveau du territoire. L'activité de la maternité permet la prise en charge des grossesses à risque modéré, les grossesses à haut risque étant suivies par la maternité de niveau 3 du Centre Hospitalier Universitaire de TOURS. La maternité du CHJC est elle-même établissement de recours pour les trois maternités de niveau 1 du département du CHER, à savoir celles des Centres Hospitaliers de VIERZON et de SAINT-AMAND-MONTROND, ainsi que la maternité de la Clinique Guillaume DE VARYE de SAINT-DOULCHARD.

Le projet d'établissement 2016-2020 a défini comme axe stratégique la poursuite de l'amélioration de la prise en charge de la femme et de l'enfant, avec comme objectif « Faciliter le retour à J+3 au domicile », avec mise en place de consultations avec les sages-femmes libérales.

La maternité du Centre Hospitalier Jacques CŒUR de BOURGES adhère au « Réseau périnatal Centre-Val de Loire ».

Une démarche d'identification et de hiérarchisation des risques a été menée avec les professionnels concernés à partir de l'analyse du processus de prise en charge (de l'entrée à la sortie) par la méthode d'Analyse Préliminaire des Risques (APR), et du recueil des fiches d'événements indésirables, de la visite de risque de l'assureur de l'établissement, des bilans des Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) et des Comité de Retour d'Expérience (CREX), ainsi que des résultats des indicateurs de la spécialité (hémorragie du postpartum, etc.).

Le champ des risques recensés couvre des sujets en lien avec l'organisation (salle et matériel non opérationnels en cas d'urgence) et la prise en charge à proprement parler (mauvaise détection des troubles cardiaques du fœtus, etc). Les risques non totalement maîtrisés alimentent le compte qualité avec « Le défaut d'information post-transfusionnel », « Le délai de prise en charge code rouge », « Le défaut de surveillance de la phase prépartum » et « La mauvaise tenue du partogramme ».

Un plan d'actions de réduction des risques a été mis en place avec des pilotes désignés assorti d'un échéancier de réalisation.

Ce programme a été présenté en réunion de pôle, lors des réunions de pilotage institutionnelle biennuelles, et auprès des principales instances dans le cadre de la présentation de la démarche qualité et de la certification (Commission médicale d'établissement, Comité des usagers, etc.).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la salle de naissance est assuré par un médecin gynécologue obstétricien et une sage-femme cadre. Ces deux pilotes ont reçu une lettre de mission de la direction leur précisant les attentes de l'établissement et le champ de leurs responsabilités en termes de conduite de projet.

Les effectifs médicaux, de sages-femmes et d'aides-soignants sont conformes aux prérequis réglementaires relatifs à une maternité assurant plus de 1200 accouchements par an. Cela concerne en particulier le nombre de sages-femmes présentes dans le secteur de naissance, la continuité des soins par une astreinte opérationnelle de gynécologue-obstétricien, la présence d'un anesthésiste (en journée, présent au bloc obstétrical et sur les lits de SIPO, la nuit en garde sur place pour les blocs obstétrical et opératoire), et l'astreinte d'un pédiatre.

Les tableaux de service sont établis pour tous les acteurs de la prise en charge et portés à la connaissance des personnels.

Des formations, intégrées au plan de formation institutionnel, ciblent des thématiques de prise en charge (« réanimation du nouveau-né », « formation allaitement », etc.), des congrès ou rencontres de la spécialité (« Journée acupuncture en obstétrique », « Journée du réseau périnatal », etc.), et l'obtention de diplômes universitaires (Diplôme inter-universitaire d'acupuncture obstétricale).

La base documentaire, versée dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement, est alimentée principalement de protocoles et procédures (« prise en charge des césariennes codes rouge, orange ou vert », « Réalisation d'une césarienne urgente en l'absence d'IBODE », etc.), permettant d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité/sécurité en salle de naissance.

Les locaux correspondent aux exigences liées en termes d'architecture à l'activité obstétricale avec une pièce réservée à l'admission, trois salles de pré-travail, quatre salles de naissance, une salle d'opération réservée aux césariennes et une salle de réanimation néonatale.

Le service est équipé des matériels et dispositifs médicaux indispensables à la prise en charge, avec notamment des tables de réanimation néonatale, des incubateurs, des échographes, et des appareils de monitoring.

La maintenance des matériels est confiée au service biomédical et l'obtention des produits sanguins labiles est organisée.

Les césariennes programmées sont effectuées les mardis et jeudis. Si une césarienne en urgence doit être déclenchée alors que la salle réservée à cet effet est occupée en secteur de naissance, l'organisation prévoit d'avoir toujours une salle au bloc central disponible pour la prise en charge (inscrit dans la charte du bloc opératoire).

Les interfaces sont définies avec le laboratoire pour la réalisation des examens hématologiques et biologiques, le bloc opératoire et les secteurs d'aval (suite de couche, etc.), favorisant ainsi la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires, l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de la salle de naissance connaissent en grande partie les actions entreprises issues du programme d'actions déployé dans le cadre de la démarche d'identification des risques.

Les pilotes du processus sensibilisent les professionnels aux risques identifiés à travers les réunions de service (staff obstétricale tous les lundis matin). Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues via la conduite d'audits de bonnes pratiques comme celui réalisé sur la tenue du partogramme.

Les personnels (sages-femmes, aides-soignants) participent au recueil et à l'analyse des événements indésirables, et un retour d'information est assuré vers le déclarant.

Les actions correctives et les conclusions des démarches sont communiquées à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs médicaux et paramédicaux sont en adéquation avec la charge de travail et les tableaux de service sont affichés dans le secteur de naissance. Les numéros de téléphone pour joindre les personnels d'astreinte (pédiatre notamment) et le médecin anesthésiste sont accessibles au sein du bloc obstétrical.

Les personnels suivent les formations inscrites au plan de formation et l'intégration des nouveaux arrivants est assurée (doubleur).

La régulation de la programmation au quotidien, garantissant la sécurité des patientes et des prises en charge, est effectuée chaque jour lors de la relève par le gynécologue-obstétricien. Les césariennes programmées sont gérées au niveau de la maternité en coordination avec salle de naissance. La sage-femme cadre peut ajuster les effectifs en cas de pic d'activité.

L'architecture permet la marche en avant (circuit patient, vestiaires, etc.). Le bloc central est situé à proximité de la salle de naissance si besoin (pour une césarienne en urgence lorsque la salle réservée à cet effet est occupée). La configuration des locaux permet le respect de l'intimité lors des prises en charge.

L'opérationnalité des salles de naissance est garantie tous les matins avec des séquences d'ouverture de salle et une vérification de la disponibilité des matériels par les sages-femmes. La salle d'opération réservée aux césariennes est vérifiée par l'IBODE et l'IADE affectés à la salle réservée à cet effet au sein du secteur d'activité (dont la suppression via un manomètre externe). La documentation est accessible sur la base informatique de gestion documentaire institutionnelle à partir des postes informatiques présents dans le service (y compris celles relatives à l'hygiène).

Le service biomédical assure par ailleurs de manière effective la maintenance préventive et curative des matériels afin de garantir leur disponibilité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil physique est réalisé par une aide-soignante à l'entrée du service, puis la future maman est dirigée de suite en salle d'admission. Elle est ensuite prise en charge par une sage-femme pour un examen clinique et une première évaluation. Le père est invité à suivre sa compagne dès l'arrivée, et peut être présent au moment du travail et de l'accouchement. Les personnels prennent en compte la demande des femmes souhaitant accoucher dans le secret, en toute confidentialité.

Les pratiques professionnelles respectent les protocoles établis fondés sur des bases réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. L'analgésie obstétricale, selon le choix de la femme (anesthésie péridurale ou non) est conforme aux protocoles.

La traçabilité de l'ouverture des salles de naissance est effective sur des fiches spécifiques ou sur informatique.

Selon l'avancée du travail, la future maman est dirigée vers la salle de pré-travail, voire directement en salle de naissance. L'ensemble des données relatives au déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance est tracé dans le dossier de la mère : partogramme, compte rendu d'accouchement, transmission pour les suites de naissance, etc.

Les procédures de césarienne selon le degré d'urgence sont connues des personnels (césariennes codes vert, orange ou rouge). Une check-list de sécurité chirurgicale pour les césariennes est utilisée conformément aux modalités définies.

La prise en charge du nouveau-né allie sécurité et bien-être grâce au maintien du lien mère-enfant. La mise précoce en peau à peau du nouveau-né à terme est réalisée en salle de naissance. Lors de la naissance du bébé, un bracelet d'identification est posé selon les règles institutionnelles définies en matière d'identitovigilance. En cas de facteur de risque identifié, il est fait appel au pédiatre.

Les interfaces avec la pharmacie à usage intérieur et la stérilisation sont opérationnelles.

Les demandes d'examen sont réalisées par les médecins et les résultats sont consultables sur écran informatique.

Les contrôles d'hygiène sont effectués à périodicité définie et leur traçabilité est assurée par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La maternité du Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus du secteur de la salle de naissance sur la base d'outils identifiés.

Des indicateurs internes d'activité sont renseignés et suivis concernant le nombre de naissances, le taux de césarienne, les épisiotomies, les césariennes code rouge, etc. Les indicateurs Qualité Sécurité de Soins de la HAS sont également pris en compte comme données d'évaluation permettant d'apprécier les pratiques professionnelles.

La visite à risque de l'assureur de l'établissement a constitué une opportunité pour évaluer la sécurité de la prise en charge en salle de naissance.

Un audit sur la tenue du partogramme a été conduit par les sages-femmes et le service assure la tenue de quatre Revue de Mortalité Morbidité (RMM) annuellement.

Une évaluation des pratiques professionnelles a également été menée sur la prise en charge des césariennes code rouge.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont issues essentiellement de la démarche d'identification des risques effectuée par l'établissement. Ainsi, ont été mis en place :

- pour le défaut d'information post-transfusionnel, une modification de la fiche de traçabilité de l'HPP et une sensibilisation des équipes sur la remise de la fiche d'information à la patiente ;
- pour le délai de prise en charge code rouge, le système d'appel de l'IBODE a été modifié et une revue systématique des dossiers est engagée ;
- pour le défaut de surveillance dans la phase pré-partum, une centralisation des monitorings a été installée ;
- pour la mauvaise tenue du partogramme, un audit ciblé a été conduit.

D'autres actions sont initiées pour l'amélioration de la prise en charge, comme dernièrement la rénovation d'une salle d'accouchement afin de favoriser la quiétude des parents et de permettre d'apporter les premiers soins au nouveau-né directement dans la pièce en présence des parents.

La communication des résultats des évaluations et des actions d'amélioration entreprises est réalisée directement auprès des professionnels (staff ou journal interne « HOPITAL INFO ») et aux instances de l'établissement.

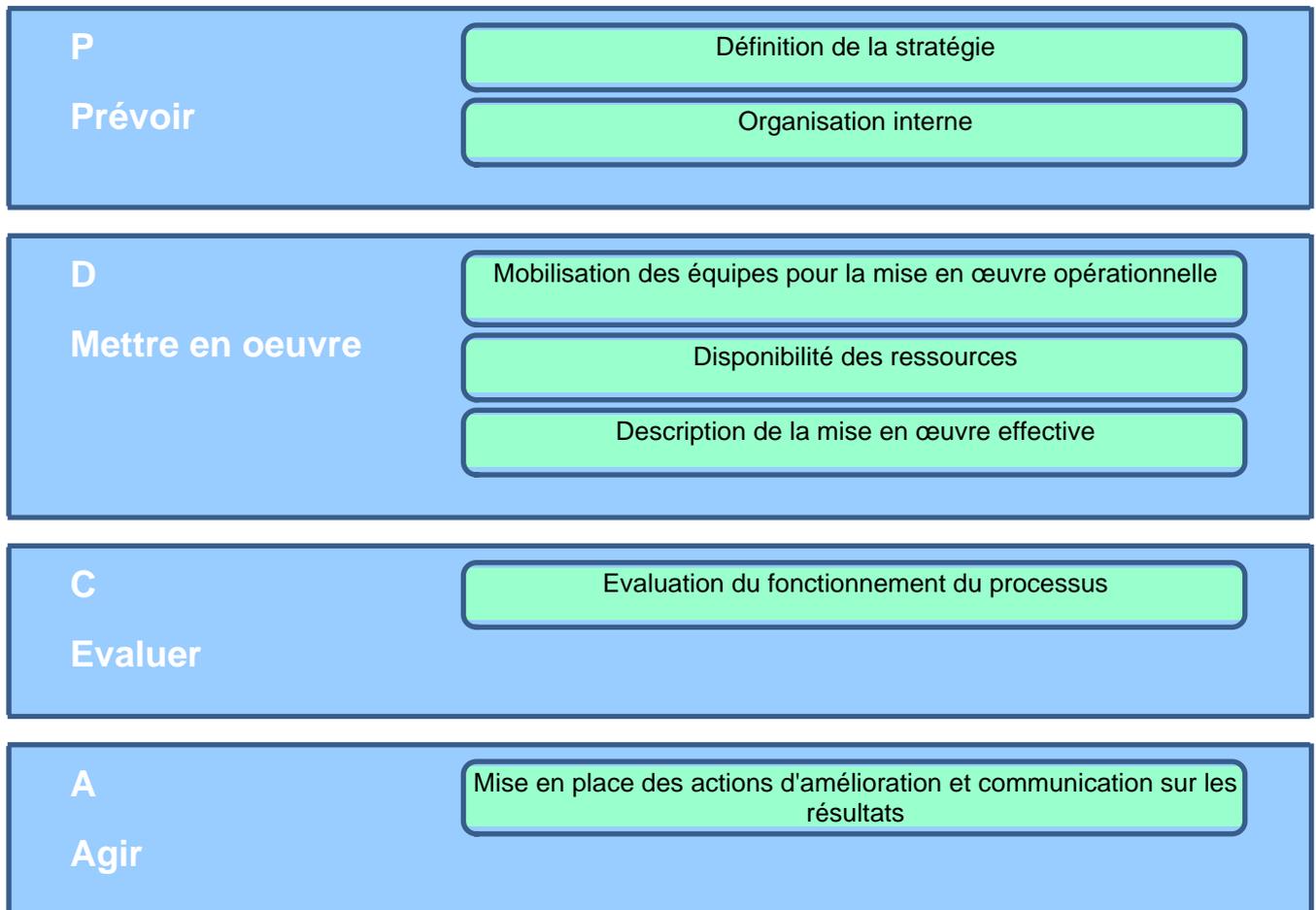
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Coeur de Bourges (CHJB) réalise une activité de prélèvement multi-organes et de tissus (PMOT) depuis 1998, avec 13 patients prélevés en 2018 (cornées, tendons, valve cardiaque). Le CHJB adhère au programme Cristal Action proposé par l'agence de la biomédecine. L'établissement est intégré au réseau régional de prélèvement et est conventionné avec les Centres Hospitaliers de SAINT-AMAND-MONTROND et VIERZON dans son réseau opérationnel de proximité. L'activité de PMOT est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et fait en particulier l'objet d'une fiche dédiée dans le projet médical du projet d'établissement 2016-2020 avec 7 objectifs :

- maintenir ou augmenter l'activité de prélèvements ;
- prioriser cette activité au même titre que les actes médicaux et chirurgicaux d'urgence ;
- élargir l'activité des prélèvements de tissus avec la mise en place de prélèvements de vaisseaux et tendons ;
- continuer à sensibiliser tous les partenaires impliqués dans l'activité de prélèvement ;
- développer la formation du personnel du Centre Hospitalier Jacques CŒUR de Bourges et des hôpitaux de proximité (GHT) ;
- mettre à jour les procédures existantes et mettre en place des procédures spécifiques nécessaires à l'organisation et fonctionnement de l'activité ;
- continuer à sensibiliser le grand public.

L'établissement s'est appuyé sur la cartographie des risques déjà réalisée et a sélectionné trois risques jugés significatifs. Un plan d'amélioration avec cinq actions a été déterminé pour traiter ces risques. Ces risques et ces actions ont été intégrés au compte qualité de l'établissement, qui a été validé par la Commission Médicale d'Établissement (CME) en septembre 2018.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'activité est assuré par un médecin réanimateur, dont 50 % du temps de travail est dédié à cette fonction. Il est assisté par une infirmière référente, à temps plein, et du temps de secrétariat et de psychologue. L'activité est organisée au sein d'une Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus (CHPOT) qui assure la coordination des actions et la mise en œuvre opérationnelle. L'organisation de cette coordination est précisée dans un document intitulé « Organisation d'un PMOT ».

Une Commission du Prélèvement d'Organe existe depuis 2012. Elle possède un règlement intérieur et se réunit annuellement.

La biovigilance est organisée dans l'établissement (le correspondant local en est le médecin coordinateur du PMOT).

La CHPOT s'appuie sur un réseau interne au CHJC (en réanimation et aux urgences) et externe (à SAINT-AMAND-MONTROND et VIERZON) d'infirmiers référents. Ces derniers sont formés conformément aux préconisations de l'Agence de la biomédecine, ainsi que les personnels propres à la Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus (médecin et infirmiers). Une astreinte d'infirmier coordinateur est organisée.

Un système documentaire décrit formellement l'activité du PMOT et ses interfaces : « PMO : organisation de la prise en charge médicale du donneur au bloc opératoire », « Gestion de la salle, du chariot et du matériel de prélèvement de cornées », « Procédure d'accueil et de retour des équipes préleveuses via l'aérodrome lors d'un prélèvement multi-organes », etc.

De nombreuses dispositions ont été prévues pour organiser l'activité au sein du CHJC et du territoire. En particulier :

- une convention permet l'intervention d'un chirurgien du CHU de Tours en cas d'indisponibilité du chirurgien local ;
- une astreinte d'anatomopathologie est organisée pour anticiper un besoin d'examen extemporané ;
- une organisation spécifique est prévue pour ouvrir exceptionnellement et temporairement un 13ème lit de réanimation dans la perspective d'un prélèvement ;
- un paragraphe de la charte du bloc opératoire décrit explicitement le prélèvement comme une urgence et permet, le cas échéant, d'utiliser l'équipe de garde pour réaliser le prélèvement, si aucun volontaire ne pouvait être trouvé.

Un local est prévu pour accueillir les familles, à proximité immédiate du service de réanimation.

Toutefois, ce local ne permet pas le respect des bonnes pratiques liées au PMOT. Le local prévu pour l'accueil des proches n'est pas réservé à cet usage. Le local utilisé est le bureau de la coordination, qui a été aménagé. Même si l'équipe peut quitter la pièce pour respecter la confidentialité des échanges, les règles de confort ne sont pas complètement respectées.

Une salle de prélèvement de tissus chez les donneurs à cœur arrêté adaptée et distincte de la salle d'autopsie et des salles de préparation des corps est prévue dans les locaux de la chambre mortuaire, ainsi que du matériel spécifique (dont un système de traitement d'air mobile).

Les interfaces avec les services du CHJC impliqués dans un éventuel PMOT sont opérationnelles : imagerie médicale pour l'angioscanner, coronarographie pour un éventuel besoin en cardiologie, laboratoire de biologie médicale, bloc opératoire, chambre mortuaire, réanimation, etc.

Des actions de formation et de sensibilisation sont organisées à destination des professionnels et des écoles (IFSI, IFAS, lycées, IUT, entreprises, etc.).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et le plan d'actions sont connus des acteurs (coordinateurs) du secteur.

De nombreuses actions de sensibilisation ont été menées dans les services d'hospitalisation.

Les responsables de la coordination hospitalière, médecin et infirmière coordinatrice, s'assurent du respect des bonnes pratiques en matière de prélèvement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles pour l'activité de prélèvement d'organe et de tissus. Une infirmière coordinatrice, formée, est présente en journée et l'astreinte prévue est effective pour les nuits et les week-end.

La prise en charge médicale est assurée par la permanence des soins médicaux en réanimation.

Les nouveaux arrivants sont formés avant de prendre leurs fonctions. Un livret d'accueil spécifique est mis à leur disposition lors de leur prise de fonction.

La documentation nécessaire à l'activité de PMOT est disponible, soit dans la gestion documentaire (GED) de l'établissement (pour les documents les plus larges), soit dans le local de la CHPOT pour les documents les plus techniques.

Un dossier de prélèvement vierge, prêt à servir, est toujours disponible dans le local de la CHPOT.

De nombreuses affiches et documentations de sensibilisation sont disponibles à destination du public (patients et visiteurs) dans les différents services de l'établissement.

La CHPOT dispose de moyens suffisants pour son activité : bureau, matériel informatique, accès internet, téléphone, fax, etc.

Le local de prélèvement de cornées est disponible, correctement équipé et conforme en termes de prévention du risque infectieux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'activité de PMOT est mise en œuvre conformément à l'organisation définie et aux préconisations de l'Agence de la biomédecine.

Les dispositions en place permettent de rechercher tous les donneurs potentiels (chaque décès devant être signalé à la CHPOT).

La traçabilité de toutes les étapes est effective.

En particulier, pour chaque donneur potentiel identifié :

- le constat du décès est réalisé en suivant la réglementation ;
- la consultation du registre des refus est effectuée par le référent, qui a une délégation de signature ;
- la recherche d'antécédents est réalisée conformément aux recommandations ;
- l'accueil des équipes extérieures est organisé (logistique, point de rendez-vous, etc.) ;
- le dossier papier du donneur est construit conformément aux spécifications de l'Agence de la biomédecine ;
- le dossier est ouvert dans « Cristal Action » ;
- les proches sont accompagnés par l'équipe de la coordination hospitalière.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En complément des évaluations menées par l'Agence de la biomédecine, lors des visites de certification, des rapports d'activité par le biais du logiciel Cristal Action, l'établissement met en œuvre des démarches d'évaluation propres, à savoir :

- une évaluation des pratiques professionnelle sur l'entretien avec les familles ;
- une évaluation systématique sur le sujet des « yeux ouverts » ;
- une revue du processus « prélèvement de cornées » pour déterminer la cause d'une contamination empêchant la greffe.

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

Les évaluations menées permettent de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Ainsi, les résultats liés au problème des yeux ouverts ont débouché à la création d'une check-list d'actions à mettre en œuvre lors d'un décès dans un service de soins.

De même, la revue de processus du prélèvement de cornées a conduit à la refonte complète du mode opératoire, ce qui a permis de supprimer les contaminations.

Les résultats des évaluations et des actions menées sont communiqués à l'équipe lors des réunions de coordination et sont intégrés au rapport annuel d'activité, présenté aux instances de l'établissement (CME et Directoire notamment).

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

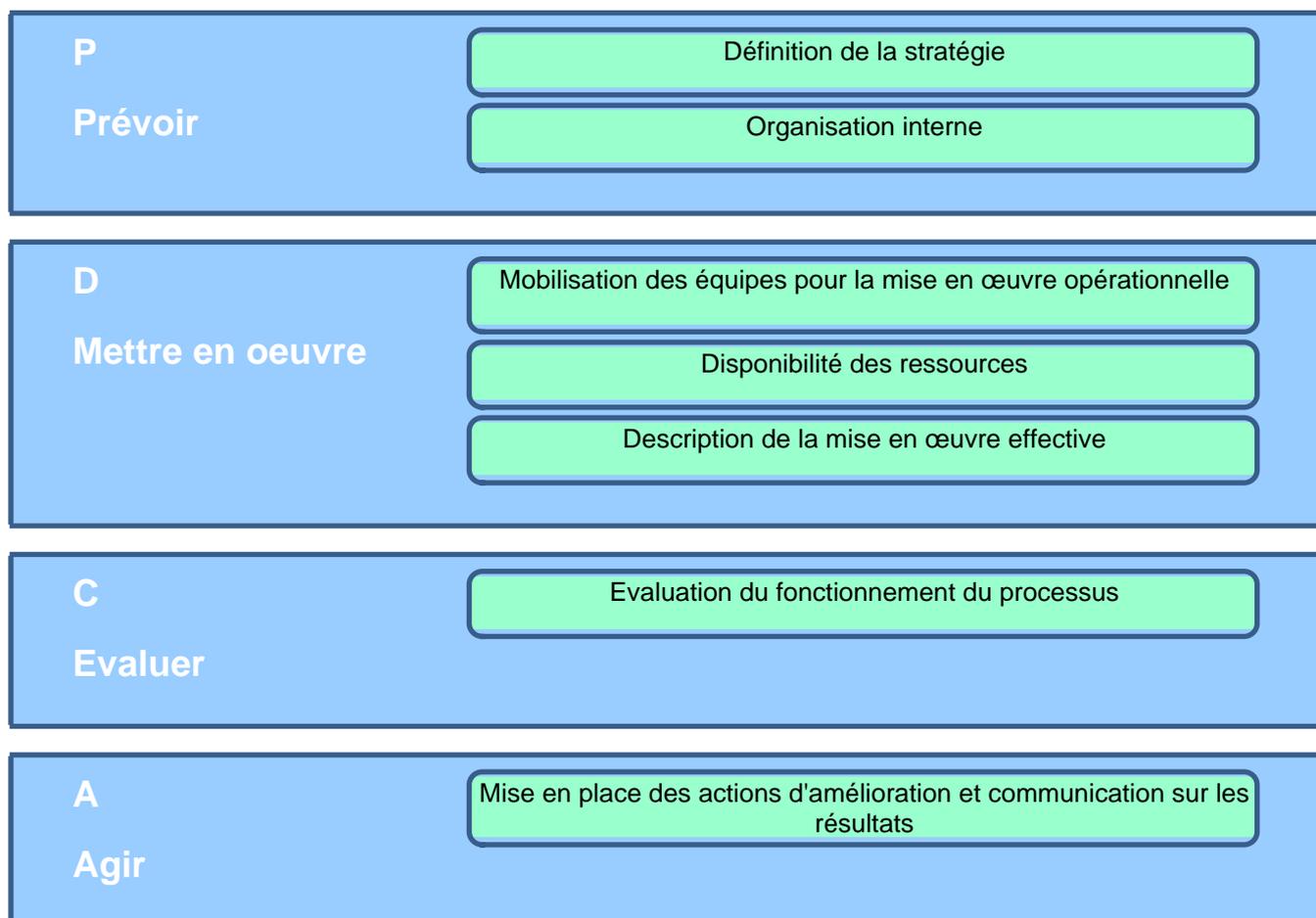
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges (CHJC) dispose d'une activité d'Hospitalisation à Domicile de 22 lits.

La stratégie de l'établissement en matière d'HAD est mentionnée dans le projet d'établissement 2016-2020 dans un axe intitulé : Améliorer la couverture et diversifier les profils patients par l'HAD du CHJC

Sur la base d'une cartographie du processus de la gestion du matériel au domicile du patient, le CHJC a identifié et hiérarchisé les risques associés en utilisant la méthodologie institutionnelle. De multiples sources ont été utilisées : Fiches d'Événement Indésirable (FEI), incidents relevés avec le prestataire, etc. L'analyse a été réalisée par le cadre du service, et validée par les différents professionnels (médecins, infirmières, secrétaire).

Parmi ces risques, quatre ont été jugés prioritaires et sont intégrés au compte qualité de l'établissement.

L'identification de ces risques a conduit à la mise en place d'un plan de onze actions, dont cinq ont été intégrées au compte qualité.

Pour chaque action, un pilote et une échéance ont été déterminés.

La compte qualité a été validé par la CME en septembre 2018.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la gestion du matériel au domicile du patient est réalisé par le cadre du service de l'HAD. Il existe une fiche de poste (générique) qui décrit les missions de ce pilote.

De nombreux documents sont prévus (procédures, modes opératoires, fiches pratiques, fiches d'alerte, etc.) pour organiser la gestion du matériel et des produits au domicile du patient, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement ou la mise à disposition des équipements en temps utile.

Toutefois, la recherche des risques liés au matériel au domicile du patient n'est ni formalisée ni tracée. La procédure d'admission n'indique pas explicitement la recherche de risque lié au matériel. Aucune formalisation de cette recherche n'est prévue pour les professionnels et les résultats des indicateurs IQSS HAD 2018 montrent que la traçabilité de l'évaluation des risques au domicile n'est retrouvée que partiellement dans les dossiers des patients.

Un stock de matériel est prévu dans les locaux de l'HAD pour faciliter la mise à disposition rapide ou le dépannage. Un sac de matériel de première nécessité est par ailleurs emporté par les infirmières dans chaque véhicule.

Des documents (fiches d'alerte) sont prévus pour informer le patient et sa famille de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.

Une astreinte infirmière est organisée 24h/24 et des dispositions sont prévues pour assurer la maintenance du matériel au domicile (le plus souvent par échange du matériel) dans le cadre des marchés passés avec les prestataires externes.

Les interfaces avec les fournisseurs de matériel sont organisées et formalisées, notamment grâce aux cahiers des charges des marchés correspondants. Il est notamment prévu la formation des personnels à l'utilisation des équipements proposés.

Des circuits propre/sale ont été identifiés (par période calendaire dans les véhicules et dans les locaux du CHJC)

Des dispositions spécifiques sont prévues pour les périodes de risque élevé (canicule, risque de coupure EDF).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels du secteur sont sensibilisés aux risques identifiés et relatifs à la gestion du matériel en HAD. La taille de l'équipe facilite cette sensibilisation.

Le cadre de l'HAD veille à la mise en œuvre effective des procédures et à la bonne organisation du processus.

Les dysfonctionnements relevés font l'objet de mesures correctives (rappel des consignes, modification du type de matériel, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel, en nombre suffisant, est formé à l'utilisation du matériel (par les prestataires dans le cadre des marchés publics) et aux éventuelles mesures spécifiques à prendre en cas de problème (situations de crise).

Une infirmière d'astreinte est disponible 24h/24 et est en mesure d'intervenir, avec l'aide des prestataires si besoin, sur tout problème de matériel survenant au domicile du patient.

Les ressources en documentation (accessible et actualisée) sont disponibles, et sont en partie versés dans la GED de l'établissement : Des procédures spécifiques, ainsi que les documents liés à chaque équipement, sont disponibles pour l'infirmière d'astreinte et au domicile du patient.

Cette documentation est mise à jour à chaque changement de matériel. Le service dispose de locaux dédiés et entretenus pour le stockage de matériel de secours, et pour une utilisation en cas d'urgence de sacs équipés avec du matériel d'urgence.

Une flotte de véhicules, entretenus, est attribuée à l'équipe de l'HAD.

Le mobilier de soins (« colonnes ») est disponible en quantité suffisante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'équipe du service de l'HAD connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures. Les interfaces entre les différents intervenants au niveau du matériel (prestataires, personnels, partenaires privés) sont opérationnelles.

Les patients et les familles connaissent les conduites à tenir en cas de problème avec le matériel.

La totalité des actions liées à la gestion du matériel au domicile du patient est tracée dans le dossier informatisé (en début d'utilisation) via des formulaires spécifiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service de l'HAD évalue de façon effective la gestion du matériel au domicile du patient grâce à de nombreux outils, assemblés dans un tableau de bord, à savoir :

- les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins ;
- les revues de contrat avec les prestataires ;
- les enquêtes sur le matériel auprès des patients et des familles ;
- les mesures des taux de non-conformité avec les prestataires.

A / AGIR

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

Les évaluations conduisent à des actions d'améliorations, dont la mise en place est facilitée par la taille de la structure.

Ainsi, par exemple, un système de double emballage a été mis en place pour traiter les problèmes liés au circuit propre/sale calendaire des véhicules. Il est également prévu la modification du cahier des charges destiné au prestataire pour le prochain appel d'offres afin de mieux prendre en compte le risque de coupure électrique (notion de 100 % sur batteries).