



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

Avenue Guigone de Salins
BP 104
21203 BEAUNE

JANVIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	52
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	57

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 : - 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 : - <u>Point sensible</u> : - 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> : - 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> : - 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

HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	
Adresse	Avenue guigone de salins 21203 Beaune
Département / région	COTE-D'OR / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maughey 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	210012175	HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	Avenue guigone de salins Bp104 21203 BEAUNE
Etablissement de santé	210987574	HOPITAL LOCAL D'ARNAY LE DUC	3 rue des capucins Bp 49 21230 Arnay Le Duc
Etablissement de santé	210987657	HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	Avenue guigone de salins Bp 104 21203 Beaune
Etablissement de santé	210986386	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE HOPITAL LOCAL SEURRE	14 faubourg saint georges 21250 Seurre
Etablissement de santé	210987616	HOPITAL LOCAL ERNEST NOEL - SEURRE	14 rue faubourg saint georges 21250 Seurre
Etablissement de santé	210987590	CENTRE HOSPITALIER DE NUITS SAINT GEORGES	6 rue henri challand Bp 30089 21703 Nuits Saint Georges
Etablissement de santé	210983474	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE HL ARNAY-LE-DUC	21230 Arnay-Le-Duc

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Chirurgie	67	7	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	24	3	/
MCO	Médecine	140	/	6056
SLD	SLD	60	/	/
SSR	SSR	60	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Le CH Hospices Civils de Beaune sera membre d'un GHT si possible au 1er janvier 2017 et au plus tard le 1er juillet 2017 ; durant cette période il sera associé aux travaux du GHT 21- 52 avant de déterminer quel sera le GHT dans lequel il s'intégrera. Conventions avec : - le centre hospitalier universitaire de Dijon (urgences-SMUR, soins intensifs, toxicomanie mises à disposition de médecins) ; - le centre d'oncologie et de radiothérapie du Parc ; - les hôpitaux locaux et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes - le centre hospitalier spécialisé de la Chartreuse (centre de guidance infanto-juvénile) ; - des associations ; - des médecins libéraux (utilisation d'équipements hospitaliers, partage de données médicales patients) ; - groupement d'intérêt économique pour l'IRM
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Parcours du 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 en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
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 endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	H ou F	Oncologie	cancer	Hospitalisation programmée	1 patient(e) en ambulatoire pec pour une chimio	MCO
2	F Personne âgée	Médecine à orientation gériatrique Arnay le Duc	Polypathologies	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en médecine à orientation géria	MCO
3	F	Gastro-entérologie Site de Beaune	Pathologie digestive contrôle de polypectomie	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en Gastro-entérologie	MCO
4	H ou F	Chirurgie Site de Beaune"	Pathologie chirurgicale	Urgences	1 patient(e) pec pour une	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
					chirurgie via urgence	
5	H ou F	Chirurgie ophtalmique Site de Beaune	cataracte	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour en chir ambulatoire	MCO
6	Femme	Maternité Site de Beaune	césarienne en urgence après échec de voie basse	Hospitalisation programmée	1 patiente pec pour un accouchement par voie basse	MCO
7	H ou F	SSR à orientation gériatrie Site nuits St-George	polypathologies, symptômes généraux	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour en SSR à orientation gériatrie	MCO
8	H ou F Personne âgée	SLD seure	Polypathologies et /ou de troubles cognitifs	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour polypathologie	SSR
9	H ou F	HAD	Soins Palliatifs	Hospitalisation programmée	complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

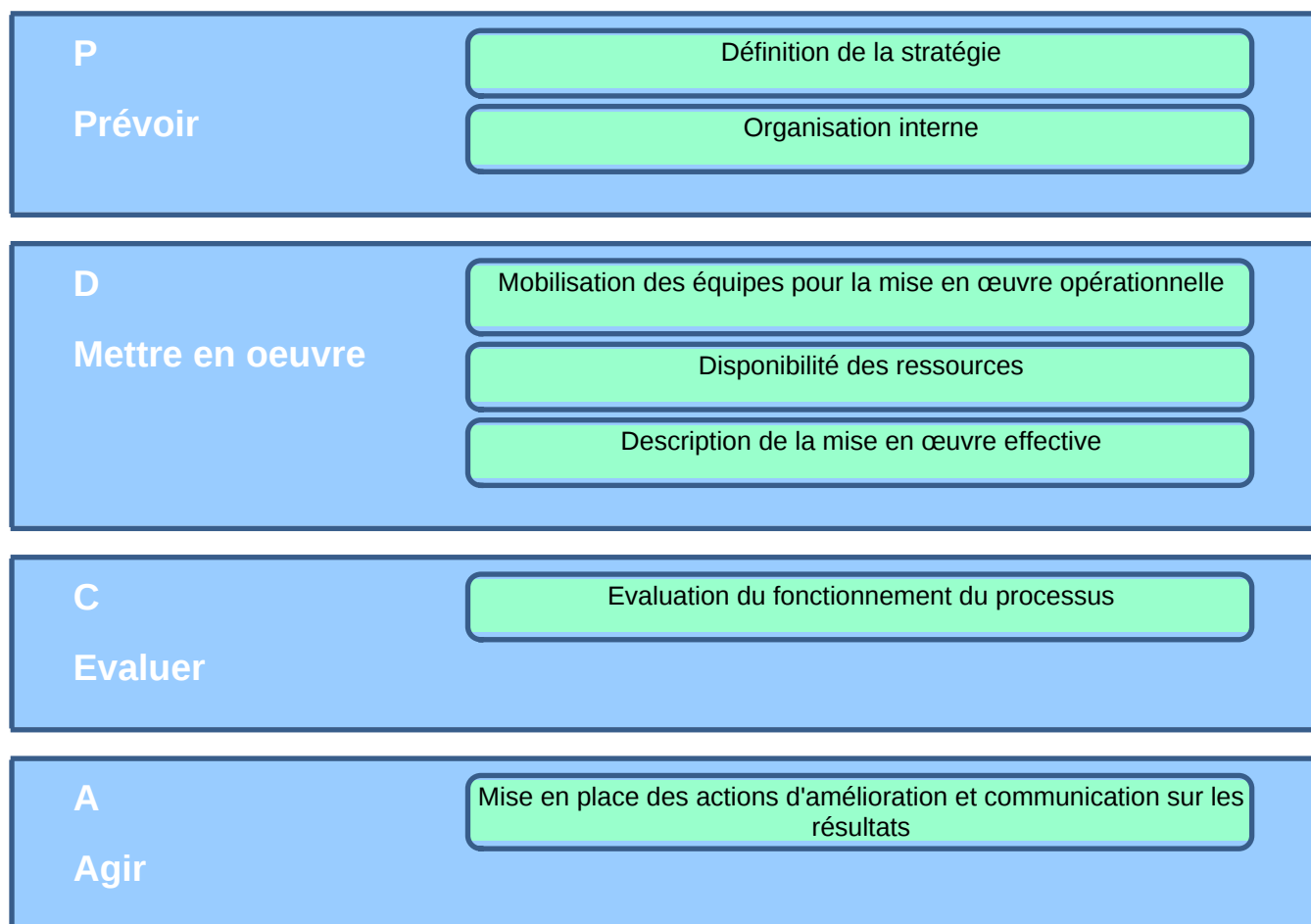
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement des Hospices civils de Beaune a identifié ses besoins en prenant pour base la spécificité de ses prises en charge sanitaires ainsi que les résultats de la certification V2010 dont la visite de suivi qui est intervenue en 2012. L'établissement a mis en place une politique de management de la qualité et des risques, instituée comme élément de son management stratégique, déclinée dans les documents institutionnels (Projet d'établissement, projet de soins 2013-2017). Le projet d'établissement dispose ainsi d'un « projet qualité et gestion des risques » (Axe 6 du Projet). Il en est de même du CPOM 2015-2019 (Orientation n°10 « Améliorer le niveau de certification »). Cette politique est validée par le conseil de surveillance après passage devant les instances de l'établissement (CME). Le développement d'une culture qualité et gestion des risques institutionnelle est ancien (1997). Celle-ci s'est accompagnée, depuis 2012, d'une stratégie nouvelle en termes de politique qualité. Dans le cadre de la V2014, en 2016, une cartographie des risques a été finalisée permettant le renouvellement et l'actualisation du PAQSS. Le Compte qualité en prend compte aujourd'hui (CME du 29 juin 2016). Ce programme institutionnel a mobilisé les résultats de la V2010, les indicateurs nationaux, les audits internes de groupes de travail spécifiques à la démarche V2014, les résultats des CREX. Il définit des actions d'amélioration prioritaires. Le CH "Hospices civils de Beaune" appartient au réseau régional consacré à la qualité (le REQUA) dont le siège est à DIJON.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui s'identifie à un organigramme précis architecturé autour de la Direction de l'établissement et de la CME. Au plan opérationnel l'initiative revient à un service défini : le « Département d'information médicale-Qualité-Gestion des risques » auquel s'y adjoint le secteur administratif dédié à la prévention des risques professionnels. L'ingénieure qualité siège aux réunions de la CME dont les ordres du jour comportent systématiquement un point sur la politique qualité de l'établissement et son degré d'avancement.

Depuis 2015, un COPIL spécifique à la V2014 assure le rôle stratégique de cette politique : identification des actions prioritaires, définition des objectifs à atteindre avec échéances, détermination des groupes de travail, validation des travaux menés, respect du calendrier des actions programmées. Il est composé du directeur de l'établissement, de la Présidente de la CME, de la directrice des soins, d'un praticien désigné par la CME comme coordonnateur des risques, de l'ingénieure qualité. Il s'est réuni cinq fois depuis 2016. L'ingénieure Qualité prépare les ordres du jour et procède à l'analyse des FEI susceptibles de déboucher sur CREX ou RMM. Des pilotes ont été désignés pour chaque groupe de travail en relation avec les thématiques de la V2014. Ces pilotes disposent de fiches de mission. Cette organisation s'identifie également à la présence de référents paramédicaux au sein de chaque service sur des segments donnés (douleur, nutrition, escarres). Ils contribuent, par leurs missions spécifiques, à la menée à bien de la politique qualité au sein de l'établissement. La CME a désigné les correspondants des vigilances sanitaires (matério, hémo, identito, pharmaco, infectio, réactio-vigilance(s) et radioprotection). La CDU est constituée et articule ses missions autour du traitement des plaintes et réclamations, des EI et EIG. Elle est unique pour les 4 sites constituant les Hospices civils de Beaune. Une gestion documentaire dématérialisée rend accessible aux professionnels de l'établissement les procédures et protocoles. Le signalement et le traitement des événements indésirables, avec retour de suivi vers les professionnels signalant, est également possible par ce mode. Des actions de formation tournées vers la qualité sont planifiées et suivies annuellement : pour ce faire l'établissement s'appuie essentiellement sur des ressources internes (formations transversales par des professionnels de santé de l'établissement). Les nouveaux arrivants reçoivent un document d'accueil qui pose les principes d'une politique qualité et pointe la nécessité de déclaration des EI en particulier. La gestion des situations de crise (NRBC, plan canicule) est organisée. Le plan Blanc, actualisé, est présent.

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'établissement s'est mobilisé sur plusieurs axes prioritaires, par processus, qui constituent un programme opérationnel d'une centaine d'actions recensées et développées (PAQSS 2015-2017 analysé et évalué annuellement). L'élaboration de son Compte qualité, conformément à la méthodologie V2014, s'est inscrite dans ce cadre. La Directrice des soins et l'ingénieure Qualité coordonnent ont en charge la mission de diffuser la politique qualité et ses documents constitutifs (PAQSS, CQ) auprès des cadres de santé et des personnels (diffusion des bonnes pratiques en terme de politique qualité et de relations avec les usagers). Les cadres de santé ont participé, en 2016, à des réunions d'information et de sensibilisation avec les pilotes de processus. Les cadres, en aval, sensibilisent et informent les équipes de

soins. Ils assurent le suivi des plans d'actions issus de la cartographie des risques susceptibles de survenir dans leurs services. Pour les risques de thématiques transversales, entrant dans le champ de la V2014, des référents de service ont été nommés. Ces personnes ressources (référents douleur, médicament par ex) constituent des relais de communication pour les services. Ces référents veillent à la mise en œuvre et à l'application des nouvelles procédures et recommandations. L'établissement mobilise les équipes par la mise en œuvre d'une politique d'audits internes qu'il assure en propre avec ses professionnels. Les thèmes émergent des différents services de soins. L'ensemble de cette politique et des informations qui s'y attachent font l'objet d'une communication via un support dédié de diffusion dématérialisée « La lettre Qualité » ainsi que par le journal mensuel d'information « Polychromie ».

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement s'est donné des moyens humains et les compétences pour mener à bien sa politique qualité : une ingénieure qualité-gestion des risques, une assistante qualité, une RAQ, un agent (1ETP) missionné sur la prévention des risques professionnels. Une AAH, rattachée au directeur de l'établissement, consacre une part de son temps aux relations avec la clientèle vs les droits des patients. Deux PH (dont un ayant les fonctions de coordonnateur des risques associés aux soins et le second les fonctions de référent pour le management de la qualité et de la gestion du médicament) ont dans leur fonction le suivi de la politique qualité. Ils ont pour fonction première le pilotage du DIM de l'établissement auquel est agrégé le service qualité-gestion des risques. L'établissement met en place des actions de formation propres à la promotion de la politique qualité et à l'effectivité de son appropriation par les professionnels. Elles ont porté sur la méthodologie V2014 (patient traceur et audits de processus). Des actions sont également organisées et menées, en interne, par des professionnels de l'établissement (notamment par l'ingénieure et les assistantes qualité). Elles ont porté notamment sur les EI et l'analyse des causes. Depuis 2012 (année de la visite de suivi de la précédente itération), des actions de formation sont menées chaque année sur « les erreurs médicamenteuses ». La sensibilisation des personnels relève de rencontres formelles de l'ensemble des personnels par le service qualité sous forme de conférences (493 personnes concernées en 2017). Ces conférences sont adaptées, dans leur contenu, aux différentes catégories socio-professionnelles de l'hôpital (individualisation notamment à l'adresse des paramédicaux). Des actions de formation/action sont également menées ainsi lors de la « semaine de la sécurité du patient » (2015, 2016 : « chambre des erreurs »). La documentation, dématérialisée, est structurée, évolutive, accessible aux professionnels médicaux et paramédicaux. Les équipements informatiques mis à disposition des professionnels sont en adéquation avec la menée à bien de la politique qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes de la politique qualité. L'organisation du service DIM-Qualité-GR permet une association positive des trois sites nouvellement agrégés au site de BEAUNE. Une RAQ est en poste, quotidiennement et alternativement, sur chacun de ses sites avec point de situation hebdomadaire dans le service situé à BEAUNE. Tout signalement d'événement indésirable par les professionnels fait l'objet d'un retour de suivi auprès de l'émetteur via le logiciel de messagerie interne. Une mention dans la procédure de signalement favorise les signalements d'EI, leur traçabilité et permet une réelle mobilisation des professionnels sur ces questions. A noter que cette charte de non punitivité est unique pour l'ensemble des sites des Hospices civils de Beaune. Les représentants des usagers ont été tenus informés de l'élaboration du Compte qualité. A ce sujet, l'ingénieure qualité participe aussi aux travaux de la CDU : elle tient informé la commission de la nature et du degré d'avancement des travaux qu'elle pilote. Les plaintes et réclamations sont exploitées impliquant les professionnels et représentants des usagers et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La mise en œuvre de la politique qualité et son évaluation s'établit sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Les indicateurs nationaux sont en place (IPAQSS, ICALIN, ICSHA, ICATB, ICABMR). Les "Hospices civils de Beaune" participent également à l'indicateur « Hôpital numérique ». L'établissement a instauré des indicateurs en propre sur le suivi des événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, le nombre de demandes de dossier médical. Le taux de retour des questionnaires de sortie est évalué. Des audits sont organisés annuellement. On citera ainsi l'audit « un jour donné » sur le port du bracelet d'identification (31 mai 2017).

Sur l'année 2016, 9 RMM avaient été organisées et se trouvaient soldées (3 en anesthésie-réanimation, 4 en gynécologie-obstétrique, 2 dans le cadre du réseau régional de périnatalité). De même, 13 CREX (dont 5 liées à la PEC médicamenteuse sur les sites de Beaune, Arnay-le-Duc et Seurre) avaient été organisées, 7 étant abouties. L'établissement est engagé dans une démarche d'EPP. La dernière date de 2016 et portait sur la transfusion (outil méthodologique de l'ANAP). Elle est inscrite dans les objectifs portés par le Compte qualité et fait l'objet d'un tableau de bord de suivi.

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les supports et modalités de diffusion sont établis (réunions d'information, affichage). Les interfaces de communication avec les unités de soins sont effectives. Les actions correctives nécessaires, sont pilotées par les cadres de santé et le service de la qualité.

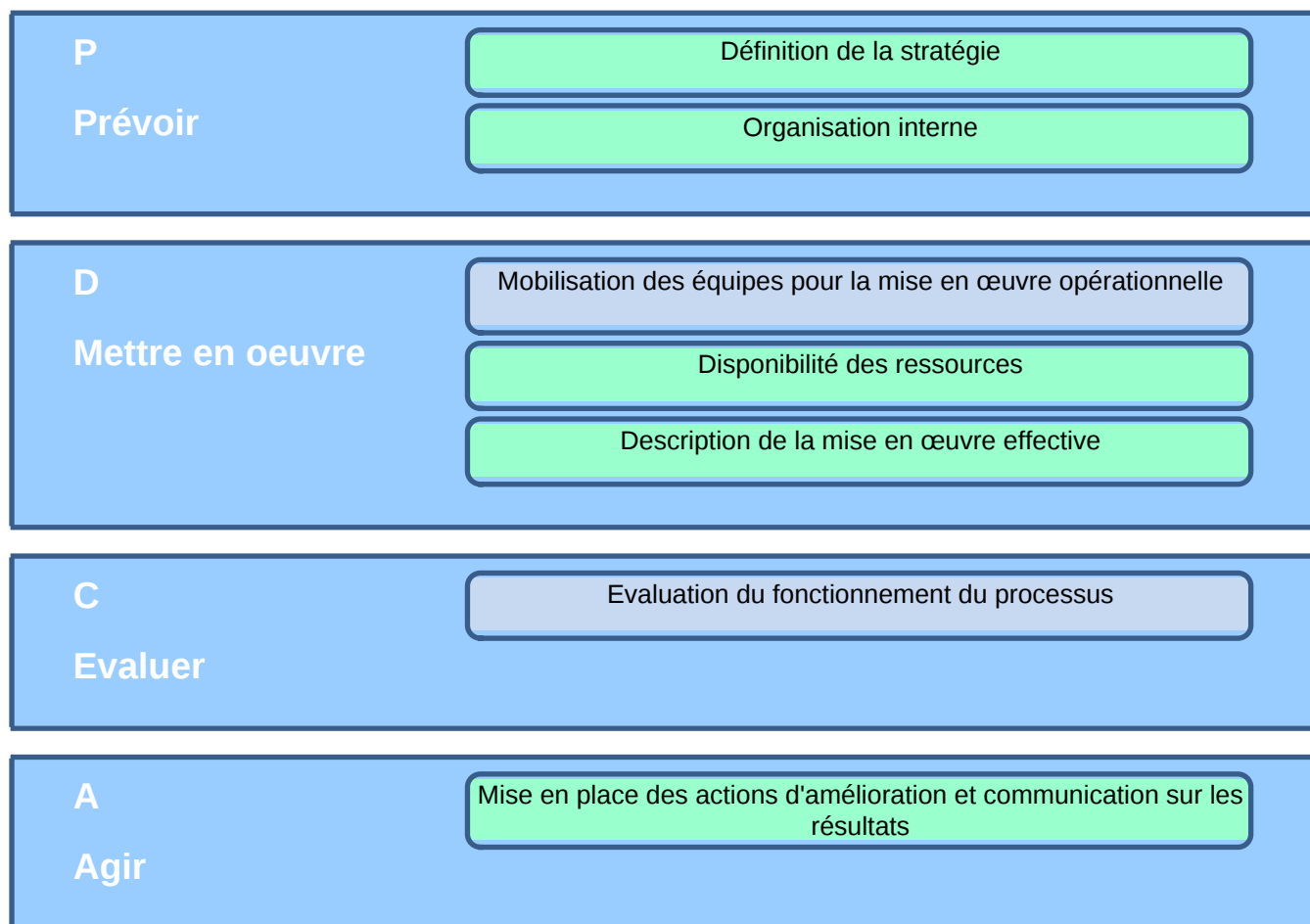
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques infectieux, est déployée sur les Hospices civils de Beaune en concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins validée par la CME en concertation avec l'équipe d'hygiène des risques liés aux soins, et a été présentée aux instances de l'établissement. Il existe une politique formalisée de maîtrise du risque infectieux, le programme d'actions élaboré à partir de l'identification du contexte et une analyse des risques a priori et a posteriori propres à l'établissement, des résultats des audits réalisés, des indicateurs et de la recommandation de la visite V2010 sur l'antibiothérapie, enfin de l'analyse et du retour par la cellule qualité sur les EI en rapport. Un compte qualité a été élaboré, avec ce plan d'actions où 16 risques ont été portés. Le plan d'actions est articulé avec le PAQSS institutionnel, les objectifs ciblés prévoient des actions de prévention, de surveillance, de formation et d'évaluation, ils concernent :

- La maîtrise du risque infectieux (Gestion des risques, analyse des EI)
- La formation en hygiène et prévention (hygiène des mains)
- La surveillance environnementale (Contrôles microbiologiques sites à risques)
- La surveillance épidémiologique (réseau Raisin)
- la lutte contre la diffusion des bactéries multirésistantes.
- La prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques (AES)

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel est représenté par la présidente de la CME et le président du CLIN le pilotage opérationnel du processus est assuré par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), le médecin hygiéniste, et les cadres des personnels de la majorité des pôles clinique. Enfin des référents de services et des professionnels (IDE, SF, médicotextuels, AS et ASH) complètent cette organisation pour la prévention du risque infectieux.

Les rôles et les responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste de l'ensemble des membres de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène avec du temps dédié formulé et titulaire du DU d'hygiène. Plusieurs membres de la CME dont la présidente, vice-président et membre de l'équipe de direction font partie du CLIN, l'EOH, DIM direction des soins sont membres de droits et divers professionnels représentant les sites font aussi partie du CLIN.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse aux besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Pour réaliser ses missions, l'EOH s'appuie sur le CLIN et sur un réseau de correspondants hygiène dans chaque service qui assurent l'interface. L'équipe travaille en joint avec le service de microbiologie, et il existe aussi une collaboration avec l'ingénieur qualité et le gestionnaire médical des risques.

Chacun des établissements constituant les Hospices civils de Beaune est pris en charge par un des membres de l'équipe ; une organisation pour l'élaboration, la mise en place des procédures et leur actualisation est en place. L'EOH planifie la surveillance environnementale et prévoit les audits d'hygiène et de des pratiques. Les référents correspondants sont identifiés dans les différents services et fonction (PH, IDE, AS) et un correspondant est en charge des déchets. L'EOH assure ainsi une organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi, etc.). Enfin, l'équipe travaille en relation avec le CCLIN Est et le réseau ARLIN de surveillance épidémiologique.

Toutefois, l'organisation générale de la prescription antibiotique n'est pas totalement en place. Depuis le départ en 2015 du médecin infectiologue, il n'y a plus de référent antibiotique dans l'établissement. Les avis concernant les problèmes d'ordre infectiologique sont donnés par un des membres du service du CHU de Dijon avec qui les relations sont fréquentes avec des consultations d'un médecin sur site autant que de besoin. Il existe un plan de gestion de crise épidémique dont la gestion a été mise sous la responsabilité du directoire. Des objectifs sont identifiés et des actions sont mises en place par la cellule opérationnelle d'hygiène en collaboration avec les cadres de santé et les correspondants hygiène, l'EOH assure avec l'aide de la cellule qualité l'accompagnement éventuel et le suivi de réalisation des actions définies, au sein des services. Dans le cadre de l'hygiène et de la prévention des infections des sessions de formations sont organisés.

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent aussi les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus, lors des réunions organisées avec l'encadrement un membre de l'EOH intervient sur une thématique et communique des résultats d'évaluations et des

indicateurs comme la consommation de gel hydroalcoolique, la prise en charge des BMR... Les professionnels s'approprient ainsi les actions et protocoles mis en place.

L'équipe d'hygiène avec les cadres de service déclinent et suivent l'avancée des actions du plan sur leur secteur, des réévaluations de pratiques sont réalisées au fil des mois. La déclaration des événements indésirables est encouragée, et des analyses de causes sont mises en place avec notamment des CREX sur certaines infections croisées ou acquises. Les diverses actions recommandées de surveillance épidémiologique, audits, et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, sont en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe d'hygiène comprend deux praticiens hygiénistes, 4 IDE d'hygiène, un cadre en transversal et un secrétariat, elle bénéficie de collaborations étroites avec la pharmacien (Suivi Antibiotique) la microbiologie (Suivi Epidémiologique) et les services techniques (Environnement air/eau). Des groupes de travail et des formations ont été mis en place sur le bio-nettoyage, l'entretien des locaux. Des formations des professionnels à la prévention du risque infectieux ont lieu de façon régulière et programmée sur du temps dédié par les services, un turn over de 3 ans est réalisé, les nouveaux arrivants bénéficient de formations et les internes ont un cours sur l'antibiothérapie deux fois par an, au total sur Beaune 48h de formation annuelle pour 175 agents. Les équipements et matériels dédiés (Matériels d'hygiène, chariots d'isolement, matériel DASRI ...) sont mis à disposition. Toutefois, des mesures de protection du personnel ne sont pas toutes mises en oeuvre pour la collecte et l'élimination des déchets. Lors des visites de terrain à Beaune il a été constaté que dans plusieurs services (médecine, chirurgie) les locaux des déchets ou sont entreposés des containers à déchets ménagers et des containers non sécurisés à DASRI ne sont pas fermés. Il suffit de pousser la porte du local et les sac de DASRI sont accessibles puisque déposés dans des containers ouverts. Les professionnels médicaux et paramédicaux ont accès à des conseils d'hygiène, et à la gestion documentaire (GED institutionnelle) avec des protocoles/procédures actualisées tous les trois ans par les référents experts. De par l'absence d'infectiologue les conseils en infectiologie sont donnés via une hotline avec le CHU de DIJON, dont un infectiologue vient régulièrement consulter au service plaies et cicatrisation. La gestion des anti infectieux est rattachée au COMEDIMS, il existe une liste à dispensation contrôlée et une alerte informatisée sur le logiciel de prescription pour la révision à 24/72 h.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques repose sur le suivi et la communication des consommations d'anti-infectieux ; l'évolution des résistances, et l'écologie bactérienne sont aussi suivies en temps réel et un retour d'information avec un bilan est adressé chaque trimestre aux différents services. Cependant, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. Bien que la nécessité de réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure soit signalée via le logiciel de prescription, elle est rarement retrouvée dans le dossier patient comme l'illustre le dernier résultat de l'indicateur ICATB2 en classe C. Il a été mis en place une surveillance organisée des infections du site opératoire, en lien avec l'EOH comme le montre le résultat de l'ICALISO en A. Il est réalisé régulièrement une surveillance environnementale portant sur les eaux, la chaîne alimentaire, sanitaire, dialyse, stérilisation, sur les zones à risques (bloc, endoscopie, maternité), la gestion et le contrôle qualité de décontamination des endoscopes sont réalisés par l'équipe d'hygiène. Le signalement des IN est réalisé en interne et en externe. En sus des recueils des indicateurs nationaux sont réalisés au travers d'audit périodiques des mises en place de suivi des pratiques professionnelles concernant le risque de transmission croisée, les précautions standard et complémentaires. L'hygiène des mains fait l'objet de campagnes bisannuelles sur tous les sites. Le port de gant, les soins directs, les gestes invasifs ont aussi fait l'objet d'amélioration de pratiques. Des campagnes de vaccination sont en place auprès de patients et des professionnels. Une signalétique rappelant les précautions complémentaires dans le cas d'infections particulières a été mise en place.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les résultats des audits, le suivi de l'épidémiologie en particulier sur les BMR et BHRé (bactéries hautement résistantes émergentes) et de la consommation des antibiotiques font l'objet d'un tableau de suivi. De nombreux audits et évaluation de pratiques sont réalisés on peut citer l'hygiène des mains (pertinence, port de bijoux), cathéters, chambres implantables, précautions standard, isolement ; dispositifs, infection du site opératoire, sondage, échographie et bionettoyage... Des enquêtes ont été aussi réalisées : prévalence des infections nosocomiales, sur la prescription des antibiotiques, sur la vaccination antigrippale. Ces évaluations sont périodiques et sont exploitées pour réaliser les programmes de cours et identifier les actions correctives. Ce tableau de bord et les actions entreprises sont communiqués aux instances CLIN, CME, CCLIN, RAISIN, envers les professionnels et les usagers. Il est aussi produit un bilan d'activité annuel, les résultats contribuent à la révision annuelle du programme d'actions. L'établissement recueille les indicateurs nationaux ICALIN, ICALISO et ICSHA et SAMR, le suivi

de ces indicateurs contribue aussi à la révision des actions.

A / AGIR

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

Les résultats des audits, des évaluations de pratiques, et EI conduisent à la mise en place de formations sur les thématiques abordées, ou à des réajustements de pratiques. Enfin plusieurs EPP sont en évolution. Les actions correctives sont intégrées au programme d'actions annuel du CLIN et au PAQSS. Les résultats des évaluations et les objectifs d'amélioration sont communiqués aux professionnels, lors de réunions avec les cadres, et par le réseau des correspondants en hygiène. Les informations destinées aux usagers dont les indicateurs nationaux sont affichés dans l'établissement et publiées sur le site internet.

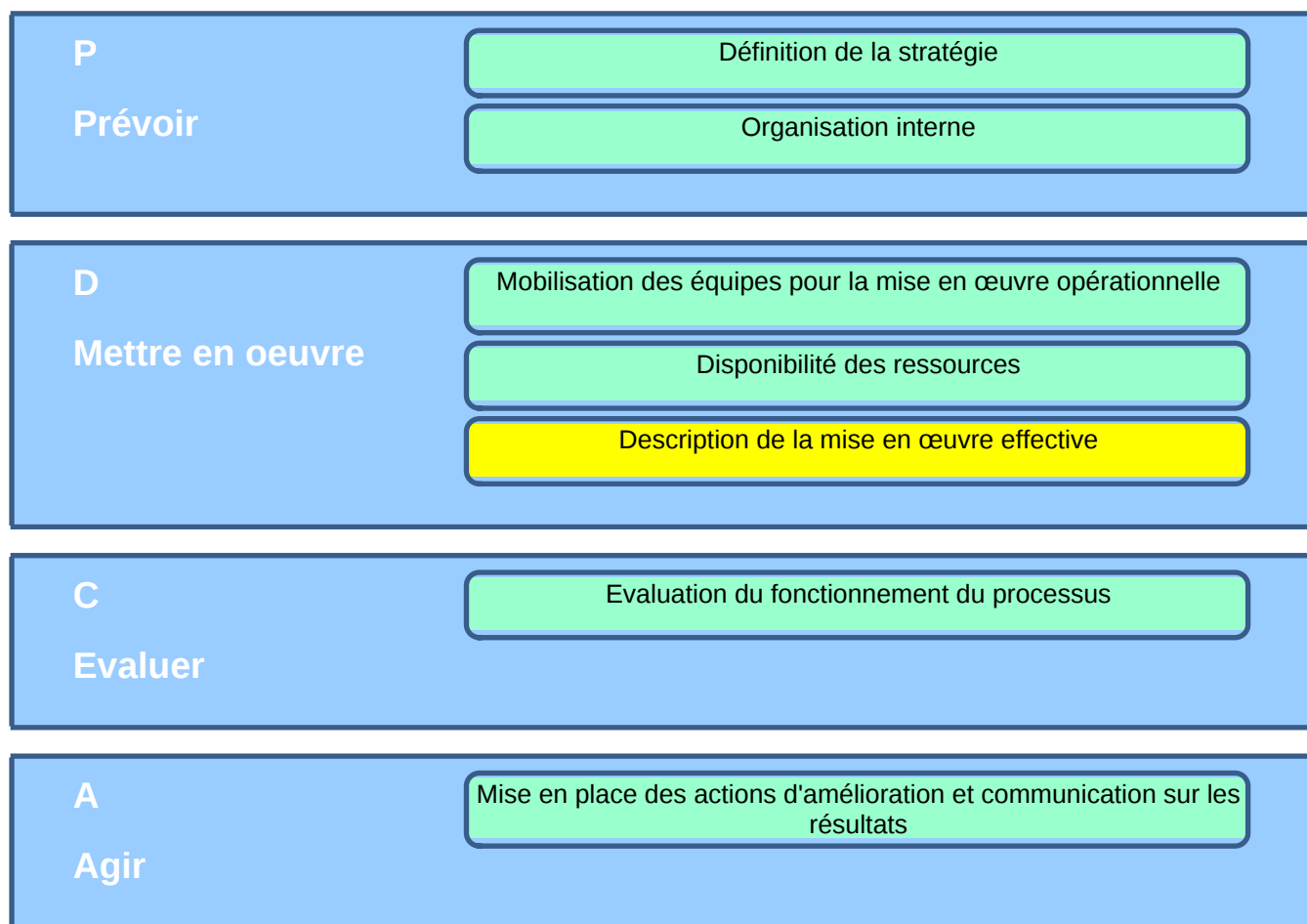
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique relative aux droits des patients aux Hospices civils de Beaune avec des objectifs sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique et ces objectifs sont intégrés au projet d'établissement 2017-2020. Les Droits des usagers constituent une des volontés institutionnelles affichées en préambule dans le projet d'établissement 2013-2017. Ils constituent également des axes porteurs des Projet médical et Projet de soins (PSIRMT). Ils sont intégrés au Projet qualité et gestion des risques. Dans ce cadre, l'évaluation de la satisfaction des usagers en relation avec le rôle de la CDU est identifiée et développée. Le règlement intérieur de l'établissement consacre également de larges dispositions au respect de ces droits. La charte des droits de la personne hospitalisée est intégrée au livret d'accueil. Elle fait l'objet d'un affichage dans l'établissement. Une cartographie des risques a été réalisée permettant d'identifier plusieurs risques potentiels majeurs (dont maltraitance). L'établissement s'est référé à la méthodologie (grilles d'analyse) du REQUA (Réseau qualité de la région Bourgogne-Franche Comté) dont il fait partie. Le PAQSS comporte une section propre aux droits des usagers (volet 3 du PAQSS). Le Compte qualité plusieurs actions consacrées aux droits des patients. La politique d'évaluation est en place, s'appuyant sur la tenue et le suivi d'indicateurs spécifiques. Les instances (CME) sont associées au pilotage de cette politique.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour garantir le respect des droits des patients. La mise en œuvre est coordonnée par le COPIL Certification qui est en voie de transformation en COPIL Qualité pérenne et le service DIM-Qualité-gestion des risques. Un groupe de pilotage de cette thématique a été constitué en février 2016 avec une réunion mensuelle. Il se compose d'un PH en charge du DIM et médiateur médical, de l'ingénieure qualité, d'une attachée d'administration hospitalière, de cadres de santé représentatifs de l'ensemble des sites, d'une secrétaire médicale. La CDU refondée selon la réglementation en 2017, se réunit régulièrement. Les représentants des usagers participent aux réunions du Conseil de surveillance ainsi qu'au CLIN. La politique de formation institutionnelle comporte plusieurs actions ayant trait aux droits des usagers. Une médiation médicale et non médicale est organisée. La réflexion éthique institutionnelle s'identifie aux travaux d'un groupe de travail interprofessionnel. L'établissement dispose d'un système documentaire hiérarchisé, directement accessible par les professionnels. Le livret d'accueil de l'établissement exprime clairement à la clientèle de l'établissement ses droits et possibilités de saisine de ses représentants usagers et de l'administration en cas de difficultés ou de réclamations.

D / METTRE EN ŒUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La Direction de l'établissement des Hospices civils de Beaune organise la mise en œuvre du respect des droits des patients. Elle s'appuie, pour ce faire, sur le groupe de pilotage créé sur cette thématique dans le cadre de la V2014. Le médecin du service DIM-Qualité-Gestion des risques travaille en lien avec l'ingénieure Qualité, la direction des soins et les cadres de santé. Celles-ci sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, les éventuelles mesures correctrices et, plus globalement, sur le processus "respect des droits des patients". Les services disposent de référents sur la prise en charge de la douleur. Des référentes existent également pour d'autres segments de la prise en charge (la nutrition, les escarres par exemple). Lors de sa prise de poste initiale chaque agent se voit remettre un document qui traite des conditions de suivi des patients lors de leur hospitalisation et notamment de la bientraitance ainsi que du respect de leurs droits. La désignation de la personne de confiance de même que les directives anticipées sont connues des services. Le DPI, dans ses deux versions (Beaune et autres sites), permet leur mention. Un registre des plaintes et de recueil des événements indésirables est tenu par la direction en lien avec le DIM. Des audits internes sont organisés (sous forme de quizz vs « chambre des erreurs » en 2016). Des questionnaires, associés aux audits internes pratiqués, permettent de mesurer ponctuellement le degré de connaissance par les personnels de certaines notions (les directives anticipées par exemple).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services. Des actions de formation annuelles sont réalisées : une action concernant l'ensemble du personnel est organisée tous les trois ans. Elle porte, a minima, sur l'hygiène, la sécurité et l'identitovigilance. Depuis 2011 plusieurs actions ont été organisées en relation avec ce processus : 60 agents ont ainsi été formés au thème Bientraitance (en MCO, en maternité), aux droits des patients 45 agents), à " l'Humanitude". L'établissement s'inscrit dans le cadre de la semaine annuelle nationale consacrée aux droits des patients.

La documentation, dématérialisée, est accessible aux équipes de soins. Le livret d'accueil est remis à tous les patients. Des triptyques d'information consacrés aux directives anticipées ainsi qu'à la personne de confiance sont disponibles aux accueils et dans les services.

Un plan annuel d'investissement permet les acquisitions et renouvellements des équipements de soins. Les locaux de l'établissement sont anciens (1971). Le site de BEAUNE "Philippe le Bon" fait l'objet d'un programme global de reprise architecturale. Une nouvelle structure, aujourd'hui partiellement achevée, sera mise en service en 2018. Le bâtiment actuel fera l'objet, a posteriori de cette mise en service, d'une complète réfection architecturale avec mise aux normes (généralisation des chambres individuelles). Les chambres sont majoritairement à deux lits. Leur proportion est de l'ordre de 90%. Des aménagements (paravents mobiles, écrans d'intimité) permettent, sur le site de Beaune, d'assurer confidentialité et dignité. Néanmoins, sur le site de Seurre, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients (Absence d'utilisation de paravents et d'écrans d'intimité ; usage de chemises opératoires ouvertes inadaptées au service des urgences).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le respect des droits des patients. Les interfaces sont opérationnelles.

Une seule EPP en lien avec les droits des usagers a été menée en 2016 (transfusion). Des procédures sont consacrées aux restrictions de liberté (contention dont prescription et réévaluation, hospitalisation sous contrainte). Le CH de BEAUNE dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs. Son rôle de sapiteur sur les questions de fin de vie s'exerce tant en interne qu'à l'extérieur de l'établissement (EHPAD, établissements de soins de Côte d'Or sud, Groupement de maintien à domicile des professionnels de santé du pays Beaunois). Un service de soins (médecine 2) consacre une part de son activité (5 lits) aux fins de vie. Une démarche d'intégration permet de donner une information généraliste aux nouveaux arrivants, en particulier sur les droits des patients et leur respect. Il existe des projets personnalisés d'accompagnement des patients formalisés en cancérologie, soins palliatifs, SSR, HAD. Leur développement est en cours en médecine et chirurgie. A Arnay-le-Duc il prend la forme du contrat de vie. L'effectivité de la mise en œuvre du recueil de la personne de confiance, de même que des directives anticipées, reste dépendante de la sociologie de la patientèle et de ses caractéristiques démographiques. Il en est de même du consentement éclairé. Cependant, le consentement est systématiquement recherché lorsque des actes lourds doivent être pratiqués. Les documents paraphés par le patient, quand ils le sont ou peuvent l'être, sont intégrés au dossier papier. Une mention en est faite, par coche, dans le DPI. Le traitement des plaintes et réclamations est opérationnel. Les demandes de communication des dossiers patients sont traitées par le secrétariat de direction en lien avec le médecin médiateur de l'établissement (également médecin DIM). Un espace partagé du réseau informatique de l'établissement permet les échanges sécurisés entre le médecin DIM et le secrétariat de direction sur les dossiers à potentiel contentieux.

Toutefois, les pratiques des professionnels de l'établissement ne permettent pas systématiquement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Il a été constaté des écrans des portables non verrouillés dans les services de soins; mais aussi des comptes rendus d'hospitalisation non sécurisés dans le service de cardiologie. Enfin si Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite celles-ci ne sont pas toujours réévaluées à périodicité définie ni tracées. La prescription des contentions à Seurre en médecine et USLD ne sont pas réévaluées comme il est prévu dans la procédure ce qui expose au risque de dommages corporels ou psychiques. L'acquiescement des patients ou de sa famille aux soins est recherché par le corps médical. Le refus de soins est tracé dans le dossier papier avec une copie au dossier et une copie adressée au médecin traitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les Hospices civils de Beaune assurent l'évaluation et le suivi du respect des droits des patients sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Les questionnaires de sortie sont remis aux patients avec un taux de retour évalué et suivi (sur Beaune 2015 : 11%) ; 2016 : 13% ; NSG : 14% ; Seurre : 18%). A l'hôpital de jour et aux urgences des questionnaires de satisfaction, propres à ces services, existent depuis 2016. L'établissement suit les IPAQSS en lien avec la thématique (dépistage des troubles nutritionnels, risque d'escarre, maîtrise de la douleur). L'enquête ISATIS a été menée. En chirurgie ambulatoire un indicateur suit l'effectivité de l'appel du lendemain. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées par l'établissement. En 2016 ont été menés, en parallèle, plusieurs audits auprès des usagers (« organisation de la sortie », « évaluation de l'ensemble du séjour », « recueil de la personne de confiance » entre autres). Des enquêtes de satisfaction sur le brancardage et différentes prise en charge (kinésithérapie, imagerie, bloc opératoire, travail social) ont été menées en 2016. Le suivi des plaintes et réclamations est effectif de même que celui des signalements d'événements indésirables (un peu plus de 2500 en 2016 tous sites confondus). Ces indicateurs font l'objet d'une déclinaison par sites avec communication aux acteurs. Les résultats de ces analyses sont communiqués à la CDU.

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

Des risques prioritaires sont identifiés et conduisent à l'identification d'actions d'amélioration : mise en place d'information en chambre en cas de départ en examen, révision de la signalétique, révision du questionnaire de satisfaction. Les actions d'amélioration afférentes sont intégrées et articulées avec le programme d'actions d'amélioration institutionnel. Elles sont déclinées en actions d'amélioration à mener. Celles-ci sont assorties de moyens de validation et de réalisation qu'accompagnent des indicateurs de suivi. Ces indicateurs font l'objet d'une temporalité de suivi.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

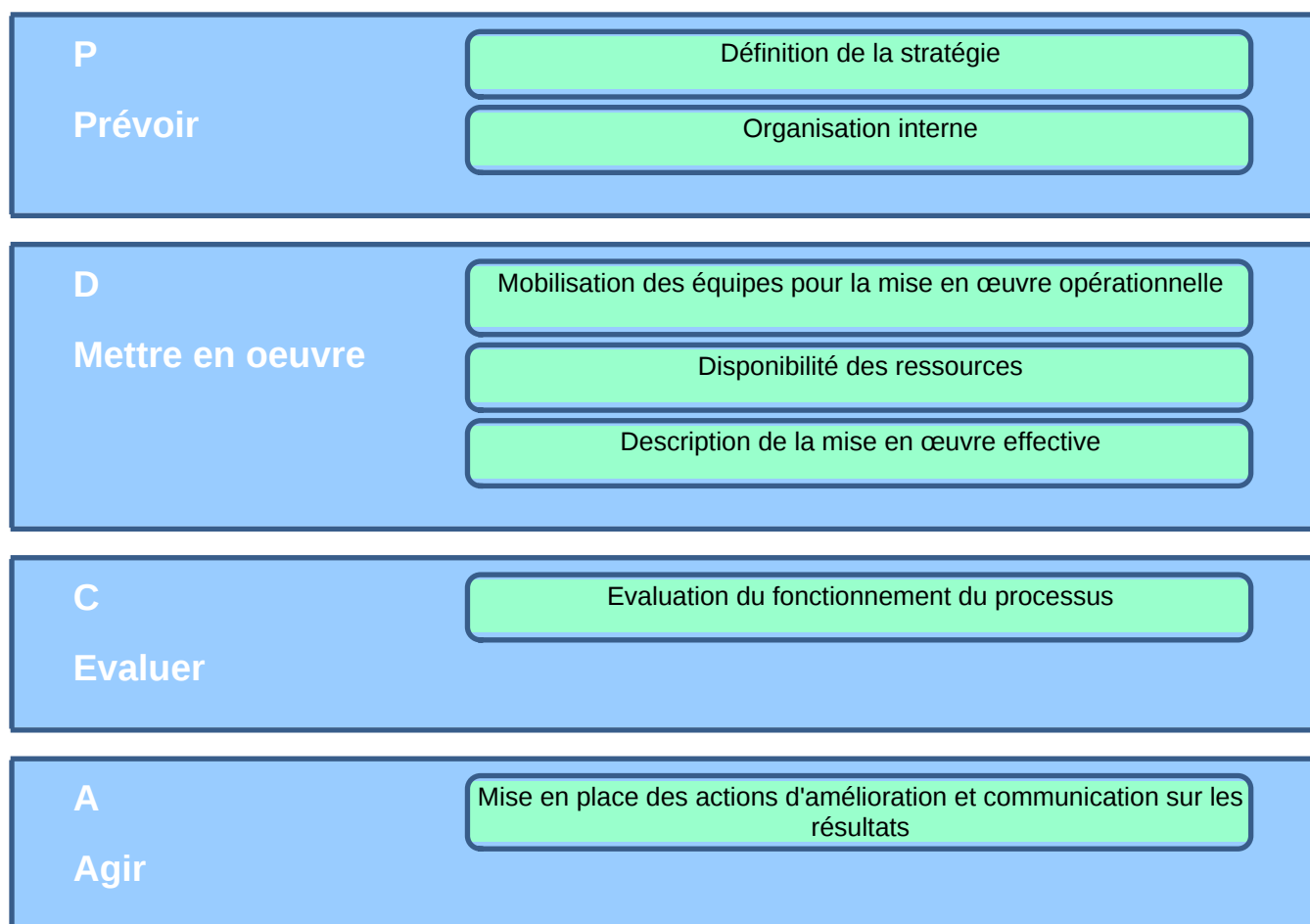
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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
Depuis 2016, le CH de BEAUNE « Centre Hospitalier Philippe le Bon » a fusionné avec les Centres Hospitaliers d'Arnay-le-Duc, de Nuits-St-Georges et de Seurre pour former un nouvel établissement dénommé "Hospices Civils de Beaune" avec un total de 982 lits. Le centre hospitalier Philippe le Bon de Beaune est le seul du territoire disposant d'un service d'accueil des urgences, une unité de court séjour gériatrique prévue pour le printemps 2018 et d'un plateau technique diversifié. Il compte ainsi 112 lits de MCO avec 6 lits de soins intensifs, 2 lits de surveillance-continue, 9 lits de soins palliatifs et 10 lits de SSR ce qui en fait l'hôpital pilote. Les hôpitaux locaux de Nuits St-Georges, Seurre et Arnay le Duc avec une activité de médecine à orientation gériatrique, respectivement de 8, 12, et 8 lits ; un SSR totalisant 60 lits (Beaune et Nuits St Georges et de long séjour de 60 lits aussi sont recours de proximité et s'inscrivent dans la filière du parcours du bassin Beaunois. L'identification des besoins et des risques à la vue des données régionales (densité médicale en chute, vieillissement de la population) a conduit à une politique d'offre de soins prenant compte des partenariats existant avec les hôpitaux du groupe « CH Hospices de BEAUNE » et en adéquation avec la création du GHT, qui est en fait le CH Hospices Civils de Beaune incrémenté de 4 EHPAD. Le projet d'établissement venant à échéance en 2017 avec la fusion aboutie avec les trois hôpitaux locaux, un projet médical partagé a été récemment réalisé énonçant la stratégie d'établissement qui prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire, les différents types de populations : enfants, personnes âgées, les pathologies, de typologies de parcours, et les maladies ou des situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée. En premier objectif une coordination pour le maintien à domicile d'une population vieillissante mais aussi, en particulier pour le CH une offre de proximité et de recours de santé globale sur le territoire avec recours possible aux compétences spécifiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon. (Établissement de référence). Le suivi de la démarche a été conduit par l'ingénierie qualité, une cartographie a été réalisée au moyen de la grille du REQUA et de l'analyse du déroulé du processus parcours patient dans chacune des prises en charge (MCO-HAD-SSR) et sites. Une identification des risques et des objectifs a été réalisée sur chacun des sites aboutissant d'un Compte Qualité avec la mise en place d'un plan d'actions avec un échéancier et des responsables identifiés. Les politiques de chaque site avaient été présentées en leur temps aux instances de chaque site. A la suite de la réorganisation récente d'une part liée à la nouvelle gouvernance et d'autre part à la création du GHT le suivi et les évolutions du PAQSS vont être présentés désormais aux nouvelles structures institutionnelles qui se mettent en place (CDU, directoire).
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage institutionnel du Parcours Patient est assuré par le coordonnateur général des soins, l'ingénierie qualité et la présidente de la CME. Le pilotage opérationnel repose sur un groupe de pilotage pluriprofessionnel et pluridisciplinaire (cadres, chefs de services), qui a été missionné et s'est impliqué dans la politique « parcours du patient » pour sa mise en œuvre et la réalisation des objectifs du CQ et fixés dans le PAQSS. La structure qualité gestion des risques a assuré l'aide méthodologique, le suivi et la communication entre les différents pilotes et groupes de travail de professionnels des différents secteurs impactés dans le parcours patient. La direction qualité a notamment recensé les événements liés aux interfaces entre les secteurs médicaux et médico-techniques et entre les différents sites et secteurs. La commission de formation outre les formations réglementaires et promotionnelles, a privilégié les formations permettant le déploiement des compétences répondant à ses besoins. Elle propose aussi dans le plan 2017 des formations concernant directement le parcours patient : bientraitance en MCO, droit des résidents, patient traceur, AFGSU, soins palliatifs... Le CH de Beaune a réalisé une organisation interne pour assurer l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est défini sur les différents sites de l'établissement, en matière d'appel, de formations des agents aux gestes d'urgence (RCP, AFGSU), et de matériels (chariot, défibrillateurs). De même le dispositif plan blanc a été actualisés avec 12 fiches réflexes. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité les fonctions de transport intra et extra hospitalier sont opérationnelles. Le rôle dans l'interface avec le secteur libéral est déterminant illustrée par l'informatisation des relations ville-hôpital et au travers du dispositif trajectoire. Les différentes filières de populations sont identifiées et la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée : filière gériatrique avec les Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques (SSRG) et USLD, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, démunis (PASS), des consultations d'addictologie, de mémoires centre de dépistage gratuit, patients avec des troubles nutritionnels (obèses), et prise en charge de pédiatrique (plages de consultations réservées pour les patients adressés par le médecin traitant). L'établissement n'ayant pas de secteur de psychiatrie il a passé

convention avec le secteur de Dijon /La Chartreuse pour la prise en charge des malades psychiatriques après examen somatique aux urgences.

En dehors de prise en charge d'urgence le CH Philippe le Bon a ouvert des consultations de psychiatrie de liaison (6 demi-journées) avec des praticiens mis à disposition par le Centre Hospitalier La Chartreuse.

Dans le cadre MCO les Hospices Civils de Beaune proposent sur le sud Côte d'Or une offre de soins de premier recours de référence en cardiologie, neuro-vasculaire, gastro-entérologie, urologie, oncologie (mammaire urologique, digestive et chimiothérapie), obstétrique-néonatalogie-pédiatrie, orthopédie traumatologie et ophtalmologie.

La sortie des patients est organisée vers les différents secteurs des hôpitaux locaux des Hospices soit en HAD permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Il existe des médecins coordonnateurs pour chaque structure.

Le maintien et les soins à domicile est aussi organisé en particulier par le développement de l'HAD, l'articulation ville/hôpital et la collaboration avec le GPSPB (Groupement de Professionnels de Santé Beaunois) permettant une prise en charge biomédicale, psychique et socio-environnementale de maintien à domicile. Enfin la mise en place de la télémedecine contribue aux relations ville/hôpital mais aussi avec le centre de référence (DIJON).

Le circuit du patient est organisé depuis son arrivée à sa sortie avec la mise en place de liens en amont et en aval avec les autres structures de soins et la médecine de ville ; avec le développement de la chirurgie ambulatoire, (47,15 %) et du dispositif PRADO déjà existant pour l'obstétrique.

Dans l'établissement de BEAUNE, le risque suicidaire est mal identifié et n'a pas fait l'objet de dispositifs ou d'installation adapté de sécurité. La prise en compte du risque suicidaire est inconstante et non perçue ceci est illustré par le fait qu'il existe une exposition au risque jusqu'alors non identifié : la cage d'escalier tournant du bâtiment principal de 5 étages n'a pas de protection suffisante pour prévenir un geste suicidaire, en effet un patient ou un visiteur pourrait sans peine en enjamber la rampe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux pôles et aux structures sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, les cadres s'assurent de la conformité des pratiques, un entretien annuel fixe les objectifs personnels et les formations à réaliser tant sur les pratiques que sur la promotion individuelle ou réglementaire. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Certains signalements d'EI ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie lors d'un CREX avec des actions correctives mises en place. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des EI, ils connaissent le système déclaratif et sont informés en retour par la coordination des risques et vigilances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de présence et d'un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 sont organisés, effectifs et connus des professionnels. Le matériel d'urgence (chariot, insufflateur...) est disponible et entretenu. L'adéquation des ressources et notamment des compétences aux besoins des prises en charge est assurée. Les ressources en compétence au sein des secteurs d'activité sont complétées par les équipes mobiles (Gériatrie, addictologie, douleur, Hygiène et soins palliatifs). Dans certains secteurs tel que le plateau technique de cardiologie du temps partagé de praticien 2,4 ETP permet d'assurer une offre de soins de référence. De même, des consultations avancées de neurologie et d'infectiologie sont réalisées en partenariat avec le CHU (conventions avec Dijon). Des actions de formation sont organisées sur des thématiques ciblées du parcours patient.

Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés selon des modalités formalisées, il existe d'ailleurs deux formations au plan concernant le tutorat IDE et AS. La formation tutorat est dédiée aux étudiants IFSI et IFAS par l'encadrement soignant. Les nouveaux arrivants sont formés par leurs pairs et tutorés pendant une à deux semaines.

Le système d'information répond aux besoins des utilisateurs en termes de logiciels, de matériels et de maintenance, la gestion documentaire est informatisée avec actualisation régulière par des professionnels référents. La maintenance des matériels et des locaux est assurée (plan de renouvellement) par les services techniques et médico-technique, de même le dispositif de gestion documentaire et le système d'information sont fonctionnel et bénéficient de mises à jour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Pour les patients qui le nécessitent, le projet de soins personnalisé inclus des activités de soins de suite et de réadaptation selon une évaluation de ses besoins et du bénéfice risque ; l'établissement dispose de plusieurs plateaux techniques de rééducation. Des réunions cliniques pluriprofessionnelles sont organisées régulièrement dans les secteurs concernés en oncologie, en chirurgie bariatrique, et gynécologie-obstétrique mais aussi dans toutes les unités de soins pour assurer la concertation et la coordination des personnels autour des projets personnalisés. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge est ainsi assurée.

Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence au-delà de la prise en charge du service de porte il existe pour la cardiologie une hotline spécifique accessible pour les praticiens hospitaliers, et pour l'ensemble des médecins de ville permettant de produire rapidement un avis spécialisé, ceci permet une consultation urgente et permet d'éviter le passage aux urgences, les soins aigus sont pris en charge au CHU de Dijon (coronarographie, pause de défibrillateurs, actes aigus de rythmologie puis retransférés au CH Philippe le bon.

De même, les urgentistes du service des urgences des Hospices Civils de Beaune peuvent utiliser la plateforme de télémedecine en lien avec le neurologue de garde de l'Unité de Soins Intensifs Neurovasculaire (UNSINV) du CHU de DIJON (filière AVC).

La prise en charge du patient pour les différentes filières est ainsi établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. La traçabilité détection du risque suicidaire est effective dans les secteurs d'oncologie de gériatrie, de pédiatrie et en maternité.

Les médecins traitants s'impliquent dans la prise en charge de leurs patients, ils sont présents et assurent le suivi de leurs patients sur les trois hôpitaux locaux, à titre d'exemple Nuits Saint George compte 12 praticiens libéraux prenant en charge le suivi de leurs patients. Les praticiens peuvent aussi consulter le dossier de leurs patients hospitalisés par l'application portail.

Le livret d'accueil avec un questionnaire de sortie est remis aux patients, suivant le type de prise en charge un support pour son aide thérapeutique lui est remis enfin il existe une pochette de sortie contenant les documents de sortie pour le patient.

L'éducation thérapeutique du patient est réalisée en coordination avec les professionnels extra-hospitaliers, avec des partenaires ayant des contrats ETP en particulier pour la cardiologie, la diabétologie et concernant la prise en charge et le suivi en chirurgie bariatrique. Pour cette dernière activité et pour l'oncologie des RCP sont en place. Des actions ponctuelles structurées d'éducation à la santé, et/ou à la maladie et au traitement sont réalisées dans les secteurs et dans les consultations, la formation des professionnels est effective dans ce domaine. Lors de visites de secteurs des actions éducatives ciblées sont en place en oncologie, pédiatrie et maternité (suivi allaitement).

Le dépistage et suivi des troubles nutritionnels sont généralement tracés dans le dossier de soin informatisé de même que le risque d'escarre en particulier en chirurgie bariatrique, SSR et USLD.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs sont élaborés et analysés dans les secteurs d'activité. Des indicateurs de suivi quantitatifs et qualitatifs sont définis pour chaque secteur d'activité et suivis. Les questionnaires de sortie sont exploités, les avis et propositions de patients sont colligés et présentés. La direction qualité gestion des risques a fait un bilan annuel des EI pour chacun des sites et par catégories réalisé en juillet 2016. Celui-ci a été associé à un audit sur la distribution et administration des médicaments sur l'ensemble de l'établissement (outil ANAP). D'autres audits ou EPP ont été récemment débutés :

Évaluation des escarres, règles d'identité (brancardier - secrétaires médicales), pose du bracelet, évaluation de la douleur et satisfaction du patient, chambre des erreurs, droits des patients, sécurité alimentaire...

La méthode du patient traceur a été mise en place et développée sur l'ensemble des sites, des bilans et grilles de compte rendus ont été communiqués à chacun des quinze services participants.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs IPAQSS nationaux sont analysés au niveau de la cellule qualité et avec les professionnels permettant de mettre en place des plans d'actions. A la suite des retours des EI les CREX sont mis en place avec des actions de correction comme l'obtention d'un temps infirmier dédié à la distribution des médicaments à la suite de l'audit sur le circuit du médicament. Selon la nature des EIAS des RMM interprofessionnelles sont aussi réalisées. Les actions engagées font l'objet d'un suivi structuré par la cellule qualité. A titre d'exemple la révision des procédures de brancardage présentée en CHCT, des dispositions « non interruption de tâche » pour les préparations de médicaments (gilet jaune) ... Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques. La communication auprès des professionnels est réalisée avec une restitution des résultats globaux de l'établissement et par les résultats spécifiques à chaque secteur ou structure. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et affichés au sein de l'hôpital.

La communication est aussi réalisée au travers du journal institutionnel polychromie et la lettre qualité.

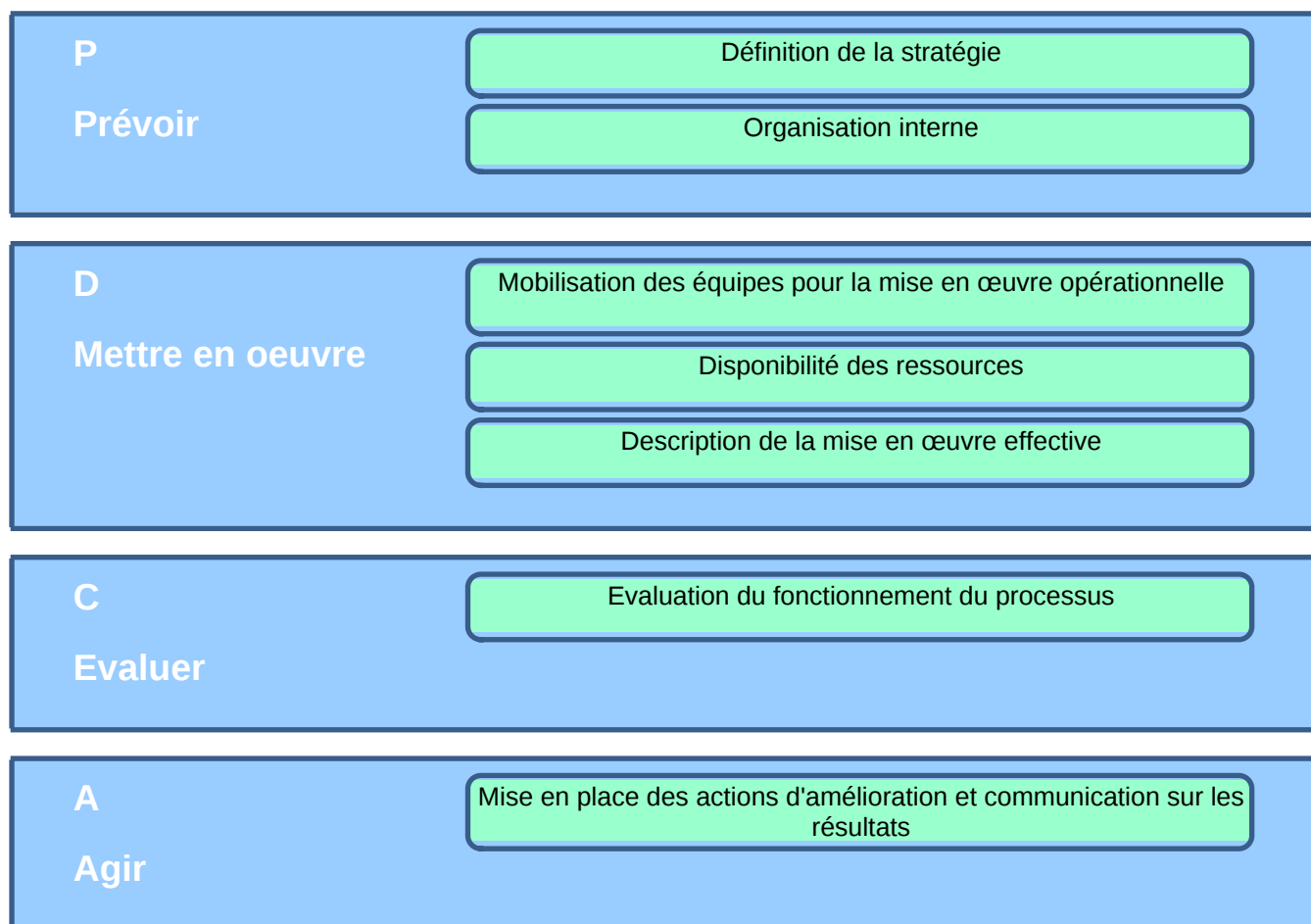
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les Hospices civils de Beaune ont élaboré une politique et des objectifs sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie institutionnelle développée dans le Projet d'établissement 2013-2017 dispose d'un Schéma directeur du système d'information (SDSI), axe 4 du PE. Ce document intéresse directement la fonction soins de la structure et le dossier médical. Le démarrage de l'informatisation du dossier patient (DPI) date de 2004 avec extension aux prescriptions en 2008. Le projet d'établissement 2013-2017 porte sur le renforcement de cette politique, notamment en termes de sécurité et confidentialité des données. Cette politique du DPI ressort également du CPOM 2012-2017 dans un de ses axes prioritaires portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces orientations ont fait l'objet d'une validation par les instances dont notamment la commission médicale et le conseil de surveillance.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le dossier patient et l'ensemble des fonctionnalités et critères qui s'y attachent : archivage, confidentialité, communication. Le pilotage interne de cette politique du dossier patient a été totalement révisé en 2011 avec la création du CIM (« Comité de l'information médicale »). Le CIM dispose d'un règlement intérieur et d'un organigramme. Il se compose des médecins DIM, d'un ingénieur en charge des systèmes d'information de l'établissement, d'un informaticien aux missions dédiées au DPI, d'une cadre supérieur de santé coordonnatrice de la politique dossier patient, d'une PH pharmacienne, de référentes IDE et secrétaires médicaux. Il se réunit 9 à 10 fois par an sur ordre du jour. Le CIM a pour mission de rédiger, suivre et évaluer le guide dossier patient, dont les procédures qui y sont attachées. Ce comité statue sur le contenu et la gestion du dossier patient. Existente également un Directoire et un CODIR des systèmes d'information de l'établissement qui déterminent les grandes orientations institutionnelles en matière de politique générale d'information.

Une politique de formation adaptée est en place ainsi qu'un outil documentaire dématérialisé (GED) doublé d'une documentation papier dans les services. L'établissement dispose d'une charte informatique de confidentialité directement accessible aux professionnels via la GED. L'accès du patient à son dossier dans les délais est régulé par une attachée d'administration hospitalière (AAH) qui est également en charge des relations avec les usagers. Les délais sont respectés.

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les cadres de santé assurent, en lien avec la Direction des soins et le CIM, une sensibilisation permanente des équipes sur le processus (actions de communication, informations régulières). Elles sont assistées dans cette mission par des référentes DPI (1 IDE/1 AS) dans chaque service. Les interfaces permettant la déclinaison du processus dans les services (fonctions de relais permanent d'information/formation dans les unités de soins) sont donc établies. Un groupe de travail a été constitué afin de restructurer le dossier papier (classement homogène des données le composant). Ce groupe se consacre également à la rédaction des procédures dégradées papier « en cas de coupure prolongée » (supérieure à 24H) du réseau informatique. Une hotline (maintenance informatique) est également dédiée à ces fonctions et vient renforcer le dispositif. D'autre part une procédure de demandes ponctuelles d'intervention du service d'information médicale existe (procédure dite des « tickets informatiques »). L'ensemble des acteurs médicaux de l'établissement disposent d'un accès en ligne à un « guide du dossier patient » documenté et aisément accessible dans sa lecture. Une version papier de ce vademecum est remise aux internes et étudiants en médecine nouvellement arrivés dans l'établissement. Ce document à orientation d'information et pédagogique a été réalisé, en 2015, par le CIM avec validation par la CME. Ce document est actualisé avec une dernière mise à jour en mai 2016. Les médecins libéraux d'Arnay, Nuits St-Georges et Seurre, ont la possibilité de se connecter, de manière active, au DPI de ces trois sites via leur carte CPS. Tous les médecins correspondants de Côte d'Or sud peuvent avoir, après accord des patients, un accès passif aux synthèses et compte rendus du DPI des Hospices civils de Beaune. Le CH de Beaune Philippe le Bon est intégré au réseau de télémédecine régional (urgences, AVC.)

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) et équipements (ordinateurs dans les unités de soins et au sein du SIM) sont adaptés et conformes aux buts poursuivis. Deux médecins sont responsables du DIM. Le service se compose également de 5 ETP de technicien d'information médicale (TIM). Leurs missions vont dans 3 directions : l'identitovigilance, la formation des personnels, le codage (validation et contrôle qualité). Ils contribuent, pour une part importante de leurs fonctions, à la menée à

bien de la politique qualité de l'établissement. Les personnels paramédicaux bénéficient, tous les 3 ans, d'un cycle de formation sur les nouveautés du DPI. Ponctuellement ils sont informés et formés sur les éventuelles mises à jour. En interne, une formation est donnée à tout nouvel arrivant paramédical (notamment sur le volet « prescriptions »). Le corps médical a reçu une formation initiale au produit DPI. Les locaux d'archivage des dossiers papier sont adaptés. Les procédures de classement et d'accès permettent une accessibilité simple. La maîtrise de cette fonction passe par un classement homogène, depuis 2009, sur la base unique du numéro de séjour (actualisé au dernier séjour) édité par le service administratif d'admission. L'archivage central de moins de deux ans est assuré au rez de chaussée du bâtiment principal. Les dossiers antérieurs (2009-2015) sont classés dans des locaux non permanents mais sécurisés sur le site de l'hôpital Philippe le Bon (Beaune). Les dossiers les plus anciens (depuis 1971) sont archivés sur le site ancien de l'Hôtel Dieu. Les effectifs dédiés au dossier patient, hors secrétariats médicaux et TIM, s'établissent à 7,3 ETP. L'archivage est assuré par 3ETP d'archivistes disposant d'un logiciel dédié à leurs fonctions et accessibles également aux services, mais dans ce dernier cas uniquement de manière passive. Le service des archives relève d'une cadre supérieure de santé, coordonnatrice CIM, en charge du déploiement du DPI et pilote du groupe dossier patient. La documentation (procédures, guide d'utilisation), actualisée, est directement accessible par les professionnels médicaux et non médicaux via la GED de l'établissement. Des supports papier sont maintenus, par sécurité, dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la tenue et la gestion du dossier patient. Les interfaces entre les unités de soins et la cadre supérieure de santé membre du CIM, en charge des relations avec les équipes de soins et responsable de l'archivage, sont effectives. Le dossier patient de l'établissement s'identifie à un DPI. Il est de double nature sans compatibilité entre eux : un DPI concerne le site de Beaune, un second DPI intéresse les trois sites fusionnés en 2014. L'impossibilité technique de scanner certains documents, complémentaires du DPI dans ses deux configurations, a justifié le maintien d'un dossier papier qui existe dans tous les services des 4 sites.

Le DPI sur les 4 sites est abondé par un logiciel de gestion administrative d'identitovigilance et des mouvements des patients au sein de la structure. Les éléments restant sur support papier (courriers d'entrée, formulaire triptyque d'admission aux urgences, résultats de biologie hors LBM de l'établissement, imagerie médicale et comptes rendus, personne de confiance...) rejoignent le dossier papier existant dans les services d'accueil.

L'accès au DPI est sécurisé : tout acteur de soins, médical ou paramédical, de l'établissement se voit attribuer un code d'accès nominatif. Ce code d'accès est différencié selon l'emploi et le métier exercé (médical ou paramédical). Chaque utilisateur a chaque mois la maîtrise du renouvellement (obligatoire) de son mot de passe. L'ensemble des éléments contenus dans le DPI sont doublement sécurisés. Deux serveurs assurent, dans l'établissement, cette fonction dans deux locaux séparés et identifiés. Ce dispositif est renforcé par l'équipement de deux UC : celui de l'informaticien en charge de la sécurité du SIH et celui de l'IDE référente en informatique), de clés USB de sauvegarde (notamment pour ce qui concerne les observations médicales). Par ailleurs des procédures dégradées de sauvegarde existent dans les services, notamment pour ce qui concerne la prescription et la dispensation des médicaments.

Les demandes de communication de dossiers archivés sont sécurisées par recours à un logiciel de suivi réunissant les secrétariats médicaux et l'accueil des urgences aux secteurs d'archives. Les flux (sorties de dossiers/réintégration) sont tracés. Le soir (après 17h30), la nuit et le week-end, les services ont accès, si besoin dans l'urgence lors d'une hospitalisation non programmée, aux locaux d'archivage. Une procédure existe : remise des clés contre signature horodatée par l'agent d'accueil au niveau du standard téléphonique de l'établissement et traçabilité du dossier pris par signature nominative sur un registre manuscrit dans les locaux d'archivage.

Une procédure de destruction des archives anciennes ou obsolètes (patients décédés) est en place, valide au plan réglementaire et mise en œuvre en lien avec les archives départementales. L'accès des patients à leur dossier est organisé par la direction de l'établissement

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les Hospices civils de Beaune ont satisfait à une mission de contrôle ARS en juillet 2017 sur les données des indicateurs Hôpital numérique. L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa politique sur la base d'outils identifiés. Il s'agit des indicateurs pilotés par le DIM du centre hospitalier, d'autres indicateurs de suivi sont aussi recueillis : le nombre d'agents formés, le temps de réponse du logiciel DPI. La base reste les indicateurs nationaux : l'indicateur « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » par exemple (valeur 2016 : 75%) ou celui « tenue du dossier patient » (valeur 2016 : 82%). Une RMM a été menée suite à une alerte sur une prescription aléatoire. Un audit portant sur les procédures dégradées a été mené. Le DIM procède à des requêtes ponctuelles (ainsi sur la mention de l'IMC dans le DPI).

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

Des bilans de l'amélioration du processus sont réalisés en continu en interne par le CIM. Ces bilans agrégés permettent le développement des actions correctrices ou d'amélioration nécessaires. Les points d'amélioration identifiés pour le Dossier Patient débouchent sur plusieurs plans d'actions du compte qualité portant sur les IPAQSS, les indicateurs internes, la confidentialité, la traçabilité, les échanges d'information avec pour source le dossier-papier.

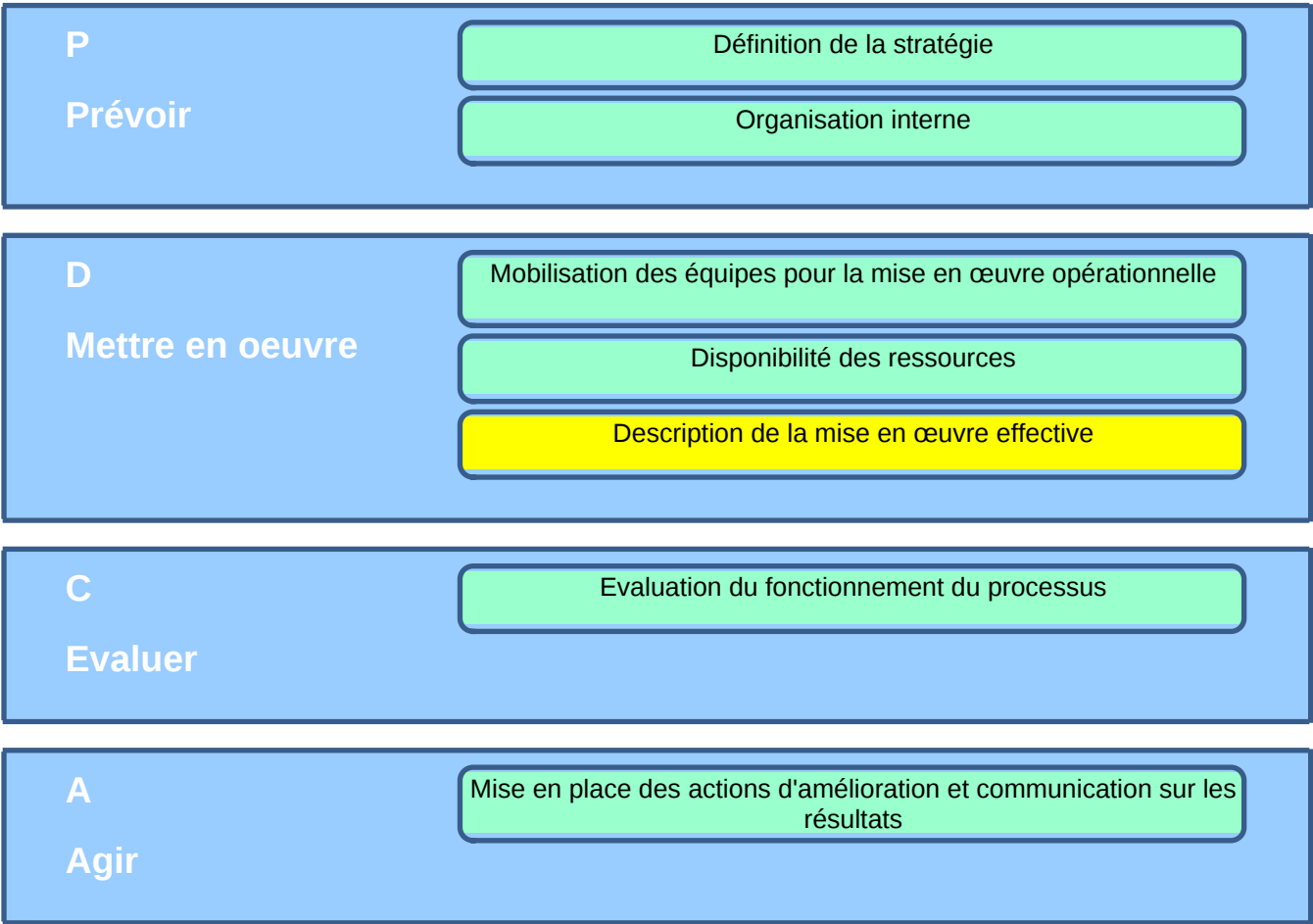
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

A la suite de la fusion constituant le CH, les Hospices Civils de Beaune ont revu leur politique du médicament devenant commune aux quatre établissements fusionnés BEAUNE, SEURRE, NUITS ST-GEORGES, et ARNAY le DUC ainsi que la politique de prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, ces documents identifient l'organisation de utilisation des médicaments, les types de patients, les risques ainsi que la réalisation des évaluations.

Les objectifs d'amélioration sont identifiés, ils s'appuient sur l'analyse des besoins issus du suivi des précédentes certifications de chacun des établissements, du suivi des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse, de la cartographie des risques du médicament (audit INTERDIAG), et des indicateurs du processus : activité, IQSS, CBUM...

L'ensemble a été utilisé pour la réalisation du compte qualité où les actions d'amélioration identifiées ont été priorisées et organisées pour permettre une gestion en mode projet. Le plan d'actions a été présenté au COMEDIM, les actions ont des responsables identifiés avec un échéancier, il s'articule avec le PAQSS institutionnel. L'ensemble est en conformité avec les exigences du CBUM et le CPOM et a été inscrit au projet d'établissement comme un axe prioritaire. Des mesures de traitement des risques sont en place au premier chef desquels l'informatisation du circuit du médicament qui est déployée sur l'ensemble des secteurs en dehors de la logistique.

ORGANISATION INTERNE

Les Hospices civils de Beaune sont organisés pour permettre que le pilotage du processus soit réalisé par un groupe pluri-professionnel : la « Cellule du management de la qualité de la gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse » en lien avec la cellule qualité placé sous l'autorité du COMEDIMS. Ce dernier a délégué de la CME, il est composé de pharmaciens, de médecins, dont le Gestionnaire du management la qualité de la PECM (médecin urgentiste), et des cadres de sites qui représentent les médecins généralistes impliqués dans les hôpitaux locaux.

Le groupe a élaboré le compte qualité avec l'aide méthodologique de la responsable qualité et supervisé la mise en œuvre des politiques du médicament et leur déploiement dans les unités de soins par les médecins prescripteurs et les cadres des services. Les Hospices civils de Beaune assurent le suivi du CBUM, et la prochaine mise à jour prendra en compte les hôpitaux locaux jusqu'alors non concernés, avant la fusion ainsi que le suivi des indicateurs dont celui des prescriptions de molécules onéreuses. L'organisation opérationnelle repose sur l'identification des rôles et responsabilités qui sont déterminées en fonction des besoins, des risques, de la réglementation, des tâches inhérentes au circuit du médicament et des compétences particulières requises et identifiées notamment en gériatrie et pédiatrie. Concernant l'oncologie un circuit spécifique de la préparation des chimiothérapies est prévu sous la responsabilité de pharmaciens identifiés.

L'adéquation des ressources humaines est adaptée aux activités des secteurs avec la présence dans les secteurs de « référents - médicament » dont les missions sont formalisées.

Des formations régulières portées sur le plan de formation sont assurées avec des sensibilisations, des « formations transversales » intégrant la gestion des risques dont ceux particulièrement liés à la prise en charge médicamenteuse sont organisées selon des cycles de 3 ans. Elles associent les professionnels de tous les sites dans le but d'uniformiser les pratiques. La pharmacovigilance et l'organisation de la permanence pharmaceutique sont sous la responsabilité du pharmacien gérant. Ce dernier prévoit aussi la gestion du stock de pharmacie d'urgence sécurisé à l'entrée de la PUI de Beaune qui est accessible seulement par l'interne de garde selon une procédure définie. Dans les autres établissements et en HAD, des armoires d'urgence sécurisées permettent l'approvisionnement en urgence.

Les ressources matérielles sont identifiées et adaptées aux organisations. Elles comprennent les locaux pour la gestion des commandes, le stockage et la dispensation des médicaments (PUI des sites, stockages, salles de soins), les équipements (armoires de stockage, chariots des services et piluliers, réfrigérateurs entretenus dont la température est contrôlée et tracée, le cas échéant sous alarme. Dans le cas général (Beaune) la dispensation est globale, réalisée par des dotations respectant les listings informatisés régulièrement révisés selon des procédures propres aux différents secteurs d'activité, sur les sites de Seurre, d'Arnay-le-Duc et de Nuits-Saint-Georges qui disposent aussi d'une PUI, ainsi que pour l'HAD (Beaune), la délivrance est nominative hebdomadaire avec préparation des piluliers par un préparateur sous contrôle effectif du pharmacien.

Cependant, les modalités assurant la sécurisation du transport pour la dispensation des médicaments ne sont pas définies. Il n'y a pas d'organisation du suivi de la traçabilité des transports internes des médicaments entre la pharmacie et les services. Ceci ne répond pas aux exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé (art 8).

Les équipements informatiques sont en nombre adéquat, et structurés sur des logiciels métiers permettant dans les limites de ces logiciels le suivi au quotidien du circuit du médicament et son

intégration au dossier du patient. L'équipement pour l'informatisation totale du circuit du médicament est acquis, dans l'attente de la finalisation de son installation Il persiste une gestion manuelle de l'arrivée des commandes de pharmacie, de la prise en charge médicamenteuse au domicile du patient et du suivi peropératoire au bloc chirurgical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle du système de management du circuit du médicament est déclinée en actions opérationnelles propres aux différents secteurs d'activité. Les équipes sont mobilisées pour l'atteinte des objectifs de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients et particulièrement la délivrance et l'administration des médicaments. Le management des différents secteurs communique sur le développement stratégique de l'amélioration de la sécurité du circuit du médicament, de la prévention des accidents, sur les nevers events et de la mise en place de l'informatisation. L'implication des IDE est effective dans la mise en œuvre du processus dans les secteurs de soins, ainsi certains sont identifiés comme « référents médicament » et assurent leur mission de transmission des objectifs dans les secteurs, appuyées au besoin par l'encadrement.

Les responsables d'encadrement sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus, les erreurs médicamenteuses et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et des actions correctives ont été mises en place à titre d'exemple : vérification journalière du port du gilet orange de l'IDE impliquée dans la préparation des médicaments en prévention des interruptions de tâches ; de même la préparation des PCA a fait l'objet d'une formation particulière avec un double contrôle des calculs de dose et de la préparation réalisé y compris en HAD. Par ailleurs, la formation transversale et généralisée à la déclaration des événements indésirables concernant la prise en charge médicamenteuse a contribué à l'implication des équipes en matière de signalement des dysfonctionnements dans le circuit du médicament dans la plupart des secteurs. Des CREX ont ainsi été mis en place, des RMM ont été réalisées et le pharmacien responsable de la préparation des chimiothérapies participe aux RCP de cancérologie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont adéquates et évaluées annuellement lors des entretiens d'évaluation. Les besoins de formation qui en découlent sont estimés et transmis au service de formation qui les gère et en assure la traçabilité. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation adaptée au processus ; leur intégration dans les secteurs d'activité est accompagnée en tutorat sur une période de 2 semaines. Les professionnels ont bénéficié de formations transversales intégrant la gestion des risques et sont suivies avec traçabilité présenteielle par le service formation. Les procédures et autres documents utiles à la qualité de la prise en charge médicamenteuse, sont à jour ou en cours de révision, connus, appliqués, disponibles et accessibles, ces documents sont intégrés au logiciel de gestion documentaire institutionnel. Il existe un guide de bon usage pour les internes et un guide de prescription pour les médecins. La reconstitution des chimiothérapies est réalisée dans une URC entièrement rénovée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée, avec une attention particulière portée à la conciliation médicamenteuse à l'entrée. Il en est de même pour la juste prescription chez la personne âgée qui est revue au besoin avec l'équipe mobile de gériatrie. Une astreinte pharmaceutique est en place à Beaune pour l'ensemble des sites.

Au service des urgences un système d'armoires approvisionnées en alternance a été mis en place pour éviter un défaut d'approvisionnement ; dans le secteur de pédiatrie, la dotation de médicaments est faite, autant que de disponibilité possible, sous forme pédiatrique. Les bonnes pratiques de prescription et les traçabilités nécessaires dans le cadre des éléments de la prise en charge médicamenteuse du patient sont effectives, en particulier grâce à l'informatisation. L'analyse pharmaceutique est quasi généralisée.

La délivrance n'est réalisée qu'après validation pharmaceutique systématique pour certains médicaments tels que : antibiotiques, prescriptions pédiatriques et néonatales, médicaments hors AMM, anticoagulants, neuroleptiques, etc... Le pharmacien responsable contrôle aussi la conformité de la préparation et la validation des traitements anticancéreux qui utilisent un logiciel dédié.

Toutefois, les bonnes pratiques de préparation ne sont pas totalement appliquées pour assurer la sécurisation de l'administration des médicaments. Ce risque identifié dans le compte qualité est en cours de prise en compte « Risque d'erreur par défaut d'identification sur les médicaments qui ne sont pas vendus en dose unitaire, ou qui sont fractionnés » a été notifié en visite à Arnay-le-Duc, la préparation des piluliers par les préparateurs et pharmaciens était réalisée avec des comprimés non identifiables en l'absence d'un reconditionnement pharmaceutique. Les doubles vérifications nécessaires sont réalisées, notamment lors de la préparation des PCA ou des chimiothérapies. Les bonnes pratiques d'administration du médicament, et de traçabilité de l'acte sont généralement appliquées, cependant les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments définies ne sont pas respectées :

- Lors de l'audit de processus dans deux secteurs visités, médecine 4ème étage et Chirurgie, il a été vu des médicaments accessibles sur des chariots dans des couloirs (chariots ouverts), ce qui ne permet pas

d'assurer la sécurisation du stockage et de la dispensation des médicaments.

Les référents médicaments des services font le lien avec les professionnels lors de modifications récentes mises en place dans le circuit du médicament. L'encadrement veille au respect de mises en œuvre des règles, protocoles, procédures, de la fermeture des armoires à pharmacie, de la conformité de la gestion des traitements personnels ...toutefois les règles bonnes pratiques d'administration des médicaments et de traçabilité de l'acte ne sont pas systématiquement appliquées : Lors de la rencontre autour du patient-traceur il a été constaté quelques cas de retranscription des prescriptions par l'infirmière dans le circuit du médicament :

- à Nuits- Saint-Georges en SSR, lors de l'administration du traitement personnel à l'entrée des patients, en attendant la prescription médicale informatisée.
- à Seurre, l'administration des anticoagulants est réalisée sur la foi de la retranscription manuelle par l'IDE en cas d'ajustement nécessaire de la prescription et en attendant que celle-ci soit effectuée informatiquement.

Les interfaces sont organisées et effectives notamment grâce aux contacts directs établis entre les professionnels. Ceci permet la communication sur la prise en charge médicamenteuse entre les professionnels intervenant entre structure et domicile, entre médecins coordonnateurs, médecins hospitaliers et médecins traitants dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse, de sa sécurisation et de la prévention de la iatrogénie en particulier aux âges extrêmes.

On peut citer à ce titre les réunions pluridisciplinaires régulières en particulier avec les équipes mobiles de Soins palliatifs et de douleur, et l'équipe mobile de gériatrie pour la réévaluation des traitements spécifiques. Il en est de même de l'accompagnement pédiatrique pour les quelques prises en charge d'enfants en HAD, comme aux urgences où le médecin pédiatre assistant forme les médecins urgentistes à la prise en charge médicamenteuse pédiatrique en urgence.

L'accompagnement pharmaceutique est effectif avec la concertation entre médecins et pharmaciens lors des interventions pharmaceutiques, par la présence hebdomadaire du pharmacien à l'HAD, et au travers des réunions des « référents-médicament ».

Il existe une liste de médicaments à risque par unité, l'étiquetage et l'identification de ces médicaments dans les armoires est en place. La procédure de gestion du traitement personnel a été actualisée et mise en application. Les CREX et les RMM autour du circuit du médicament sont organisés et pluriprofessionnels, impliquant les référents médicament des unités de soins. Les médecins généralistes intervenant dans les hôpitaux locaux y sont représentés par les cadres des services. Ces réunions font l'objet de comptes rendus gérés par la cellule qualité. En cas de besoin et en prévision de leur sortie, des actions d'éducation thérapeutique (diabétiques) ou au minimum des actions éducatives ciblées sont réalisées auprès des patients, en général par les IDE et sont accompagnées de documents qui sont alors expliqués. La cellule du médicament se réunit régulièrement, avec présentation de ses travaux et actions au COMEDIMS et à la CME, les réunions de ces instances font l'objet de comptes rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus de la prise en charge médicamenteuse est évalué par des indicateurs régulièrement suivis indicateurs d'activité et de consommation de certains médicaments, des anti infectieux, ainsi que les indicateurs IQSS et du CBUM. De nombreux audits ciblés sur les points critiques sont réalisés : étiquetage des médicaments injectables, traçabilité, traitement personnel, aide à la prise médicamenteuse. Les résultats exprimés en pourcentage de réussite peuvent être comparés dans le temps et par secteurs. Des évaluations de pratiques infirmières en particulier dans la phase d'accompagnement des nouveaux arrivants (utilisation de voies centrales pour injection, utilisation du MEOPA, préparation des PCA) ont été réalisés. Les indicateurs sont suivis sur un tableau comportant les IQSS et ceux du CBUM. Les anomalies du circuit du médicament sont analysées et les erreurs médicamenteuses sont analysées en CREX. Des RMM ont été réalisées sur le processus. Les actions d'amélioration sont suivies et si nécessaire portées sur le programme qualité.

A / AGIR

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

Une analyse régulière de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus médicament est réalisée, et suivi par la cellule du management de la qualité de la gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels impliqués dans les CREX participent à l'analyse, sont informés des résultats. Ils sont chargés de la transmission et de suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration en lien avec les cadres des unités. La réalisation des comptes-rendus et leur diffusion sont assurées par la Cellule du

management de la qualité de la gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse, en lien avec le COMEDIMS rendus à l'ensemble de la communauté médicale et au management. On peut citer qu'un audit réalisé en pédiatrie par une IDE du service, a été utilisé pour la mise en œuvre du protocole de prescription informatisée de l'antibiothérapie en pédiatrie néo-natale intégrant les aides à la prescription. Cette méthode est en cours d'utilisation pour d'autres types de médicaments. Les personnels sont informés du suivi des fiches d'évènements indésirables. Des EPP sur la sécurité du médicament dans son ensemble sont arrivées à leur terme et sont poursuivies par l'analyse d'indicateurs. Les audits en lien avec les exigences du CBUM, notamment ceux qui concernent les molécules onéreuses sont transmis à l'ARS (OMEDIT).

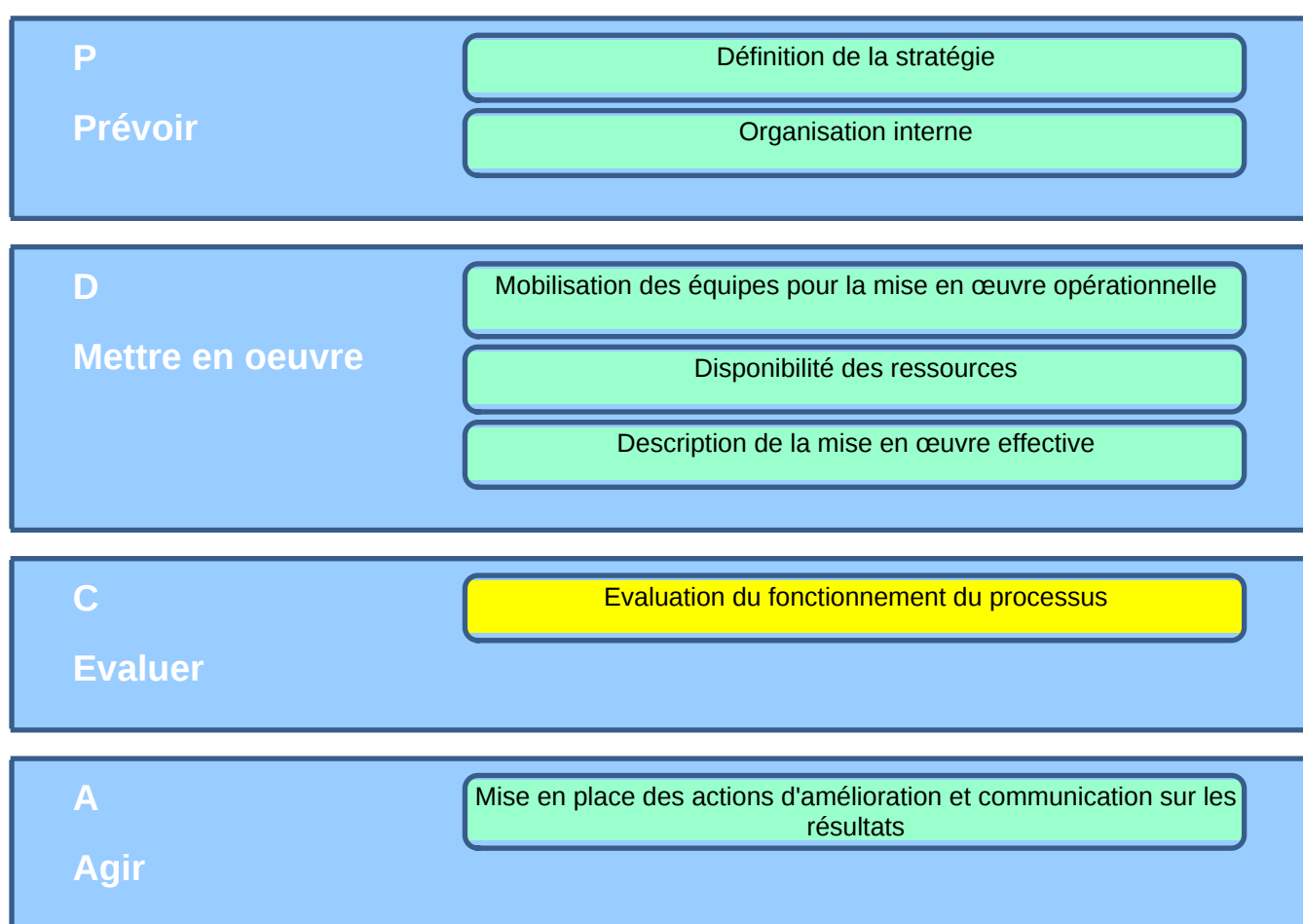
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La prise en charge des urgences et des soins non programmés des Hospices civils de Beaune est assurée au sein d'un service accueillant les urgences générales, à savoir médicales, chirurgicales, pédiatriques et psychiatriques (les urgences gynécologiques et obstétricales sont prises en charge au niveau de la maternité). Ce service dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée et d'un SMUR dépendant du Centre 15 de Dijon. L'établissement s'est vu renouvelé son autorisation d'exercer les activités de médecine d'urgence et de structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) le 14 mai 2017 pour une durée de cinq ans par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté. Le nombre de prises en charge quotidienne aux urgences oscille entre 30 et 100 passages (24 527 passages sur l'année 2016).

Le service d'accueil des urgences adhère au Réseau Urgences Bourgogne (RUB) sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences. Il fait ainsi partie intégrante du réseau de télé-AVC, assure l'accueil et coordonne le transfert des patients nécessitant une prise en soin psychiatrique vers le Centre Hospitalier « La Chartreuse » de Dijon, et collabore avec les services de police par conventionnement.

Un dispositif de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est également organisé. L'identification des risques de ce secteur d'activité a été réalisée par l'ingénieur en charge de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement et le cadre de santé du service. Cependant, l'évaluation des risques n'a pas été élaborée de manière pluridisciplinaire et participative. En effet, la démarche d'identification a été réalisée par ces seules personnes, sans participation effective des professionnels de terrain. Ces risques couvrent des domaines en lien avec la prise en charge (tri et orientation du patient) et l'organisation (dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente, connaissance de la disponibilité des lits d'hospitalisation, etc.). Ces derniers sont repris dans le Compte qualité en fonction de leur criticité, et viennent alimenter le PAQSS qui a été présenté à la Commission médicale d'établissement. Le plan d'actions qui en découle est assorti de modalités de suivi et d'un échéancier de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter ce processus, basée sur une charte dédiée au fonctionnement du service d'accueil des urgences et sur un protocole de prise en charge des urgences, de l'accueil jusqu'à la sortie du patient. Le pilotage du processus, assuré par le médecin chef de service et le cadre de santé, est en place. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et leurs missions sont formalisées au sein d'une fiche de mission institutionnelle. Au regard de ses missions et des risques identifiés, le service organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, tant sur le plan médical que paramédical. Les effectifs médicaux permettent de répondre à l'activité, même s'il existe une tension au niveau du recrutement liée à la démographie médicale dans cette spécialité.

La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients est inscrite au plan de formation institutionnel (notamment pour la formation à la fonction d'Infirmière Organisatrice de l'Accueil). Des diplômes universitaires de la spécialité sont également proposés, tant pour les médecins que pour les soignants.

Les différents secteurs de prise en charge dans le service sont définis par circuit, à savoir un court pour la médecine générale et la traumatologie, et un long pour les patients nécessitant une hospitalisation. L'unité dispose de cinq box de prise en charge, de deux salles de déchoquage, de trois salles de soins pour les sutures et la petite traumatologie, les soins externes et la prise en charge des enfants. L'Unité d'Hospitalisation de courte durée (UHCD) dispose de cinq lits.

Les circuits de prise en charge sont également formalisés au sein de la charte de fonctionnement en tenant compte degré d'urgence et de la typologie des patients (arrivée par le SMUR, filières spécifiques, patient accompagné par les forces de l'ordre, etc.). Le service d'accueil des urgences a convenu d'accords pour les hospitalisations non programmées avec les autres pôles cliniques afin de fluidifier le parcours du patient en fonction de la typologie. Par ailleurs, une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés, directement dans les secteurs de soins, est en place pour certaines consultations (exemple), notamment pour les patients déjà suivis par l'établissement.

Dans l'objectif d'une plus grande pertinence de l'accès à des soins d'urgence, une permanence des soins couvrant les heures d'affluence aux urgences est organisée et coordonnée à proximité des Hospices civils de Beaune avec la « Maison Médicale du Pays Beaunois ».

Le recours aux avis spécialisés est formalisé et connu des acteurs du territoire de santé (comme la télé médecine pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral). Par ailleurs, le tableau des médecins de garde par spécialité est établi en interne.

Un dispositif permet la connaissance de la disponibilité des lits d'hospitalisation via le logiciel administratif des mouvements qui consigne les sorties dans les secteurs d'hospitalisation. Cette organisation est renforcée par une possibilité d'appels téléphoniques dans les unités de soins par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) lors de sa prise de poste, et par cadre de santé de manière

pluriquotidienne lorsque l'activité est soutenue Cette organisation est formalisée au sein d'une procédure « Hôpital sous tension ».

Le dispositif structuré de gestion documentaire informatisée de l'établissement intègre les procédures et protocoles relatifs au processus des urgences et des soins non programmés (exemples : " Prise en charge du patient aux urgences - Processus complet de l'entrée à la sortie ", "Procédure de tri infirmier d'accueil et d'orientation"). La gestion des interfaces et des circuits est organisée afin de faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité (examens de laboratoire et d'imagerie, brancardage, maintenance des matériels par le service biomédical, etc.).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le binôme, médecin chef de service et cadre de santé, ont en charge la mise en œuvre de la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés, ainsi que le déploiement des plans d'actions dans ce secteur. Il s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, de l'organisation définie, etc.). Ils sensibilisent régulièrement les professionnels sur les objectifs de leur secteur, avec notamment un affichage en salle de pause de tous les résultats et indicateurs diffusés par la cellule qualité (IPAQSS, etc.). Les équipes participent à la déclaration d'événements indésirables (une trentaine de janvier à septembre 2017), graves ou non, rencontrés dans le cadre de leur exercice. L'analyse de ces derniers associe les professionnels directement concernés et la rétro-information est assurée vers les déclarants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnel garantissent la permanence des soins. Un tableau, accessible aux agents, permet d'identifier les médecins de garde ou d'astreinte, ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble des activités de spécialité de l'établissement. Les personnels paramédicaux suivent les formations inscrites au plan (gestes d'urgence, etc.). La formation en interne à la fonction d'IOA est dispensée par une infirmière titulaire d'un diplôme universitaire de la spécialité. Les documents utiles (procédures, protocoles, etc.), partie intégrante du système de gestion documentaire institutionnel, sont accessibles sur les postes informatiques. Certains protocoles demeurent en format papier pour en préserver l'accès en cas de panne informatique (procédure dégradée). La maintenance des dispositifs médicaux est effective et respecte les procédures définies. Les équipements et matériels sont opérationnels, entretenus et vérifiés. En cas de panne, le service biomédical intervient rapidement. Des paravents sont également à disposition pour préserver l'intimité des patients en zone d'attente hors box en cas de forte affluence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur d'activité des urgences connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures et protocoles établis dédiés au fonctionnement du service et à la prise en charge du patient. Dès son arrivée, après l'établissement du dossier administratif par un agent dédié à l'accueil la journée (avec prise en compte des règles d'identitovigilance), le patient est pris en charge par l'IOA qui évalue son état de santé à partir d'une grille de gravité établie en interne. Les patients admis au décours d'un transport SMUR sont pris en charge également par l'IOA, puis orientés directement dans un box pour une prise en charge médicale. Lors de ce temps initial, la douleur du patient est également évaluée pour permettre si besoin l'administration d'un antalgique selon le protocole du service. Les circuits de prises en charge sont respectés. L'activité des internes est sous la responsabilité des seniors, notamment pour les sorties. L'infirmière trace directement dans le logiciel dossier patient institutionnel les éléments cliniques résultant de son évaluation (support spécifique). Afin de sécuriser la prise en charge du patient tout au long de son hospitalisation, l'IOA appose de façon systématique un bracelet d'identification. L'état de la disponibilité des lits sur le logiciel administratif est complété par une actualisation téléphonique effective de l'IOA et du cadre du service, telle que la procédure le prévoit. Les vérifications des matériels (chariots d'urgence, salle de déchoquage, équipement véhicule SMUR, etc.) font l'objet d'une traçabilité suivie et rigoureuse.

Les interfaces entre le service des urgences et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques et administratifs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation du processus repose essentiellement sur la production d'indicateurs quantitatifs d'activité transmis à l'Observatoire Régional des Urgences de Bourgogne. Une Revue de mortalité et de morbidité a été par ailleurs organisée en décembre 2015 au regard de la problématique intitulée : « Injection d'antibiotique tardive dans un contexte de pneumopathie grave » avec mise en œuvre d'une

action d'amélioration pérenne. Cette RMM fait partie intégrante d'un tableau de bord intitulé « synthèse des RMM 2014 2015 2016 ». Les médecins participent à des Comités de retour d'expérience institutionnels sur d'autres secteurs cliniques.

Cependant, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du processus est partiellement évaluée. En effet, le service d'accueil des urgences ne collige pas d'indicateurs qualité, à l'exception des IPAQSS et ne produit pas de rapport annuel d'activité. Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas assuré. En effet, le logiciel du dossier patient informatisé utilisé aux urgences est le logiciel institutionnel, non spécifique à ce secteur d'activité. Sur ce dernier sont inscrites l'heure de prise en charge médicale et l'heure de clôture du dossier dans les observations. L'heure de prise en charge du patient par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil n'est pas consignée et l'heure de sortie du patient, lorsque celui-ci n'est pas hospitalisé, correspond à la clôture du dossier qui peut être différée selon l'activité du service. Ce mode opératoire ne permet pas la conduite d'une analyse des temps d'attente et de passage, ni la conduite de requêtes. De plus, il ne prend pas en compte le degré d'urgence.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre au regard des résultats obtenus, notamment lors de l'identification des risques propres au service d'accueil des urgences, sont articulées et intégrées avec le programme d'actions institutionnel. Elles couvrent tous les champs de la prise en charge des patients aux urgences, avec des cibles portant sur l'accueil, la prise en charge médical et la prise en charge médicamenteuse. Une réflexion concernant la visibilité de la disponibilité des lits d'hospitalisation autour d'une gestion centralisée est également projetée pour décembre 2017. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes par les responsables du service, avec affichage des IPAQSS dans l'unité, aussi bien pour le personnel que pour les usagers.

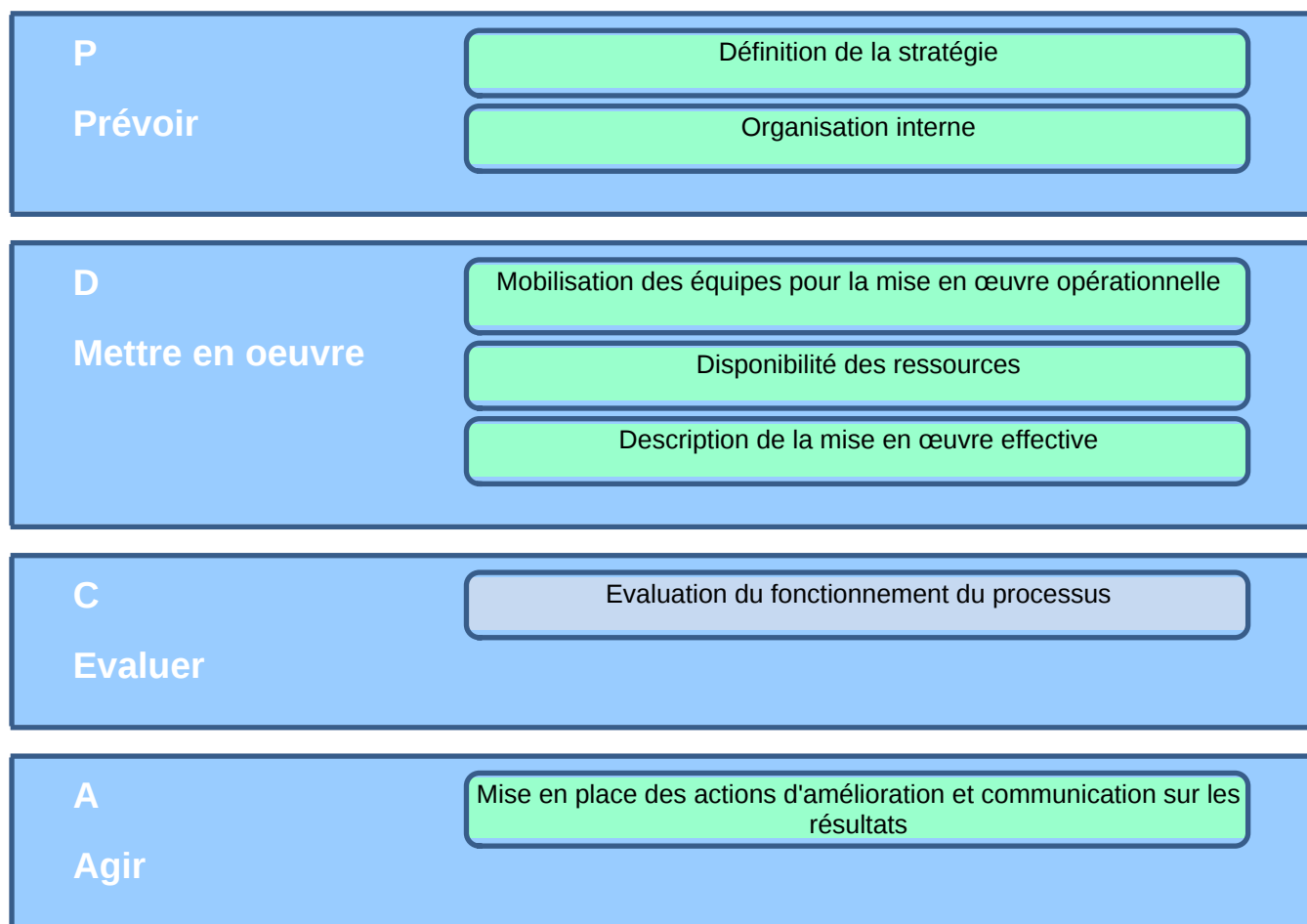
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉATOIRE

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical de l'hôpital de Beaune arrive à son terme en 2107 avec le regroupement de quatre centres hospitaliers devenant les "Hospices civils de Beaune", l'activité chirurgicale est réalisée sur le site de Beaune Philippe le Bon qui est CH référent dans la création récente du GHT Sud Cote d'Or.

Le processus Management de la prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire est intégré à la stratégie du CH de Beaune.

Le CPOM 2015-2019 précise des objectifs d'amélioration et l'organisation du bloc opératoire. En matière de chirurgie ambulatoire, le CH se projette sur un objectif de 50% au plus tard 2019. Le centre Hospitalier de Beaune est engagé dans des travaux de reconstruction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation MCO avec une extension des places de chirurgie ambulatoire passant de 6 à 10 lits.

Le retour sur les événements indésirables et les dysfonctionnements, les remarques de la précédente visite, le rapport de l'ASN, ainsi que les différents indicateurs spécifiques au bloc ont permis aux pilotes d'identifier les besoins et analyser les risques au niveau du bloc opératoire/ SSPI et l'UCA, en associant les professionnels concernés. La cartographie des risques au bloc a été réalisée selon la méthode AMDEC avec l'aide méthodologique de l'ingénierie qualité, en UCA la même démarche a été conduite et une analyse des risques a aussi été réalisée.

Sept risques identifiés ont été analysés et portés sur le compte qualité, la hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports, etc.). Les objectifs d'amélioration sont formalisés dans un programme d'actions préventives et de surveillance ce dernier a été validé par le conseil de bloc et articulé sur le PAQSS institutionnel. Quatre risques ont été priorisés : Risque de données erronées au moment de la saisie en consultation, Risque de non visibilité du démarrage des prescriptions post anesthésiques, Défaut de traçabilité du dépistage ATNC, Risque d'erreur lié à l'étape de vérification check-list : «Time Out».

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est organisé et les pilotes sont identifiés, leurs missions ont été précisées par la direction qualité lors de réunions préparatoires avec une lettre de mission. Les différents secteurs opératoires ainsi que la définition d'un pilotage commun sont identifiés, définis et connu des professionnels et validé en conseil de bloc. Le bloc opératoire est composé de 6 salles d'opération dont une est dédiée préférentiellement à la chirurgie sous anesthésie locorégionale, une réservée aux césarienne code rouge, enfin une salle où les endoscopies sous AG sont aussi réalisées préférentiellement. La Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) est attenante au bloc avec 11 postes équipés.

L'activité du bloc s'articule autour de plusieurs spécialités de chirurgie : ophtalmologique, digestive-bariatrique, orthopédique, plastique-reconstructrice, urologique et gynéco-obstétricale. Le secteur de chirurgie ambulatoire (UCA) est situé au 2ème étage, attenant au service médical de jour. Le conseil de bloc en place a élu un chirurgien orthopédiste responsable médical du bloc, la cadre IBODE est en charge du management du bloc et de son organisation fonctionnelle. Le processus est piloté au sein des conseils de blocs trimestriels et les ajustements sont faits lors de réunions régulières d'encadrement. Les rôles et les responsabilités des personnes sont décrites dans la charte de bloc avec une organisation formalisée de fonctionnement validée par ce conseil de bloc. De même il existe une charte de fonctionnement de l'UCA, actualisée et connue des acteurs, les responsabilités du chef d'unité et de l'encadrement définies au sein de l'UCA sont inscrites dans cette charte.

Les modes de fonctionnement et les circuits de prise en charge entre les différents secteurs sont ainsi définis. Au regard de ses missions et de ses risques qui ont été identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires pour l'atteinte de ses objectifs. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés dans la prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire sont définis dans des fiches de poste.

Les ressources nécessaires, les effectifs et les compétences pour le bloc/SSPI et la chirurgie ambulatoire, IBODE/IDE, AS/ASH, IADE, et secrétaire sont identifiées.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels. Le plan de formation institutionnel est mis à la disposition des professionnels chaque année. Il existe une commission de la formation continue qui conçoit le plan des formations adaptées aux besoins des professionnels, de l'établissement et de la réglementation (AFGSU, formations diplômantes...). Les cadres de bloc IBODE et IADE assurent le suivi des formations des professionnels. Un dispositif d'accueil a été formalisé pour les nouveaux arrivants, les étudiants IBODE et IADE, et pour les internes. L'intégration des nouveaux arrivants est faite sous le mode de «compagnonnage». La démarche qualité documentée informatisée est actualisée, contribuant à la sécurité de la prise en charge du patient et à la diffusion de la culture qualité / sécurité.

Les principales zones du bloc opératoire sont définies (circulation, stockage, intervention), ainsi que les règles d'accès, de circulation et d'habillage dans les différentes zones. De même l'UCA est aisément

identifiable et dispose de moyens dédiés en locaux et matériel. Un dossier « passeport ambulatoire » a été élaboré. Les besoins en information des patients ont été identifiés tant en ambulatoire qu'en hospitalisation conventionnelle. Les mesures assurant la sécurité des soins au patient sont prévues : hygiène des locaux, nettoyage des salles, hygiène des annexes avec la participation de l'équipe d'hygiène opérationnelle. Les modalités de gestion de l'air, de l'eau, de l'air, des surfaces sont organisées en collaboration avec les cadres, les services techniques et l'EOH qui assure les contrôles environnementaux.

Toutes les salles bénéficient d'un dispositif de mesures de pression de l'air et des températures en temps réel avec une télétransmission vers les services techniques.

La gestion des matériels et des équipements biomédicaux est structurée au bloc en SSPI et en UCA (GMAO). Les besoins en matière d'achat et d'approvisionnement sont identifiés par les responsables des secteurs et validé en commission. Un dispositif de d'entretien et de maintenance curative au fil de l'eau et préventive est en place. La gestion des pannes et des dysfonctionnements est organisée, le service technique, le biomédical sont sur place dans l'établissement aux heures ouvrées et une astreinte est organisée.

Les Hospices civils de Beaune sont engagés dans le programme hôpital numérique, et les besoins en système d'information sont identifiés, le logiciel de gestion du bloc permet un suivi des programmations au quotidien et la check-list y est informatisée, cependant ce dernier n'est pas est interfacé avec l'applicatif dossier patient.

Le système d'information du bloc n'est pas totalement intégré au SIH. Son paramétrage ne permet pas la réalisation de tableaux de bord fiables et il ne communique pas avec les autres applicatifs. Le paramétrage du logiciel de gestion du bloc opératoire est réalisé de façon à ce qu'il comptabilise aussi la prise en charge d'interventions urgentes au même titre que la chirurgie réglée ce qui biaise l'enregistrement de durées des temps d'occupation et de débordement. Ceci implique des erreurs de tableau de bord d'occupation et de fonctionnement du bloc.

D'autre part l'applicatif de gestion du bloc ne communique pas avec les autres applicatifs du SIH (prescription, dossier) ainsi les fiches d'écologie de salle, de check-list, sont donc archivées séparément.

Les prises en charge per et post anesthésique sont tracées sur un document papiers de même que les dispositifs médicaux.

La mobilisation des compétences nécessaires et utiles autour du processus de management de la prise en charge au bloc opératoire est assurée, l'ingénierie qualité participe au conseil de bloc. Des référents sont identifiés entre le bloc et les secteurs médico-techniques, la stérilisation, la pharmacie et le responsable de l'UCA fait partie du conseil de bloc. La personne compétente en radioprotection assure le suivi des procédures en la matière, la médecine du travail (externalisée) assure la surveillance des personnels. Les interfaces avec les laboratoires en particulier d'anatomopathologie répondent à des procédures organisationnelles. Un brancardier est dédié quotidiennement au bloc opératoire. La gestion de la permanence des soins, de la planification/régulation, déprogrammation (plan blanc, hôpital en tension) est organisée selon des procédures. L'organisation du bloc/SSPI et l'UCA sous la responsabilité des cadres permet ainsi la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires, humaines, matérielles et documentaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres du bloc et de l'UCA sont moteur auprès des équipes pour transmettre la démarche et la culture qualité. Ils sont assistés par l'équipe d'hygiène et la direction qualité. L'encadrement au niveau du bloc opératoire et de l'UCA s'assure de la déclinaison du plan d'actions concernant leur secteur. Il est alimenté par les retours d'EI et comporte des objectifs avec un échéancier et suivi des actions correctives. La déclaration des événements indésirables est informatisée sur le logiciel institutionnel, le retour d'expérience est opérationnel, un CREX a été mis en place et des professionnels ont été formés, enfin l'équipe d'anesthésie réalise des RMM transversales. Les professionnels participent aux CREX et RMM. Des évaluations de pratiques sont réalisées et les informations sont transmises aux différents professionnels lors du conseil de bloc, de réunions et par voie d'affichage. La sensibilisation est renforcée par les groupes de travail sur les process. Les cadres du service évaluent l'acquisition des compétences et les pratiques. Des audits sont réalisés par l'encadrement au sein du service (évaluation de la check-list, prescriptions) et aussi en collaboration avec l'EOH (tenue professionnelle, hygiène des mains, SHA). Les résultats sont affichés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical présents au bloc opératoire et en SSPI sont adaptés pour assurer le planning opératoire défini chaque jour. La gestion des ressources humaines tant médicales que paramédicales est prévisionnelle en tenant compte de l'activité, des formations et des congés. La gestion des ressources humaines tant médicales que paramédicales prévisionnelle en tenant compte de l'activité, des formations et des congés. En UCA, les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical sont en adéquation avec l'activité. Au-delà des formations du plan institutionnel des formations spécifiques d'acquisition de compétences ou de parcours professionnel sont proposées.

L'accent est mis sur l'inscription aux formations obligatoires (AFGSU, radioprotection, actes spécifiques ...), et à l'accueil des nouveaux arrivants. Une formation à la radio protection par e-learning a été mise en place sous contrôle de la PCR, les personnels sont pratiquement tous formés, les injonctions/recommandations de l'ASN (zonage, avertisseur lumineux, formations), sont portées sur un plan avec un suivi de réalisation, les dispositifs de dosimétrie active et passive sont en place.

Les procédures sur la GED sont actualisées selon les évolutions des techniques et révisées régulièrement sous le contrôle et la programmation faite par la responsable QGR. De même les cadres en particulier IADE s'assurent du renouvellement et du suivi des matériels selon un planning avec la collaboration du biomédical. Le matériel nécessaire à la réalisation des différents types de prise en charge chirurgicale ou anesthésique est disponible, la salle de décontamination d'endoscopie est dotée d'une paillasse aspirative, d'un lave endoscope, et des contrôles de vapeur ont été effectués, le personnel formé. Le chariot d'urgence et d'intubation difficiles sont accessibles et contrôlés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques d'hygiène dans les différentes zones du bloc, hygiène des mains, port des bijoux. Les bonnes pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont contrôlées par le cadre d'anesthésie et le cadre IBODE avec réajustement si nécessaire. La permanence des soins est assurée avec un médecin anesthésiste de garde sur place et des tableaux d'astreintes des chirurgiens et des professionnels du bloc. Le respect des circuits est effectif concernant les circuits du patient, des professionnels, du matériel, du linge, et des déchets. Il en est de même pour la maîtrise du risque infectieux : les différentes zones du bloc sont identifiées, une zone spécifique est en place pour les transferts des patients, une autre pour le matériel. La marche en avant est respectée, les circuits propres et sales ne se croisent pas.

La surpression et la température dans les salles sont maintenues et contrôlées, avec une télétransmission, les portes restent fermées.

Le nettoyage des salles est réalisé par des AS ou des IDE (en garde) et tracé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée.

Les DM sont traités par le service de stérilisation, un circuit de transport spécifique est mis en œuvre leur stockage est réalisé dans des locaux, fermés sécurisés. Leur traçabilité est effectuée en partie sur informatique et d'autre part sur papier dans le dossier patient. Les règles de sécurité sont appliquées : contrôles des salles, check-list d'ouverture et fermeture des salle le contrôle de l'air, des gaz médicaux sont réalisés et tracés.

Le conseil de bloc tous les trimestres est opérationnel, des réunions de bloc ont lieu de façon régulière, les CR sont disponibles.

Le programme opératoire est régulé au quotidien par la cadre responsable de la régulation, les différents éventuels sont arbitrés par un médecin référent.

Les échanges d'information nécessaires à la prise en charge du patient et les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques sont opérationnels. Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre, l'usage des dosimètres est effectif.

Les professionnels ont accès en temps réel aux informations concernant le patient, et l'évolution du programme opératoire en cours.

Pour toutes les spécialités la check-list sécurité bloc est mise en œuvre et tracée informatiquement par l'IBODE. Elle est utilisée pour chaque intervention chirurgicale. Un travail sur la check-list bloc est en œuvre pour la mise en place des actions d'amélioration retrouvé dans le CQ, concernant le time out de la check-list (Resensibilisation des professionnels). Le risque d'ATNC est pris en compte et la traçabilité irrégulière de son recueil soulignée en endoscopie fait l'objet d'actions dans le PAQSS.

De même, l'information préopératoire du patient est réalisée, cependant les pratiques professionnelles de certains praticiens ne s'appuient pas toujours sur des procédures de références validées.

Toutefois, les prescriptions préopératoire au décours de la consultation ainsi que la fiche de transmission ne sont pas toujours lisibles selon le prescripteur alors qu'il existe un applicatif informatique, ce qui peut être source d'erreur sur la réalisation des prescriptions ou de certains examens.

La prise en charge et la surveillance en SSPI sont tracées dans le dossier anesthésique. La sortie de SSPI est validée par le médecin anesthésiste et les prescriptions sont faites sur le dossier informatisé. Le brancardage vers le bloc opératoire et les transferts vers l'UCA ou le service sont réalisés dans des conditions respectant l'intimité, la sécurité avec vérification de l'identité comme le confirme les patients traceurs 4 et 5. Une fiche de liaison bloc-UCA ou service figure dans le dossier du patient. La sortie de l'UCA est validée selon un score par le médecin anesthésiste, et l'opérateur ; l'aptitude au retour au domicile est vérifiée par un médecin et la fiche d'autorisation de sortie est signée. Les consignes à suivre au retour à domicile sont répétés au patient, une fiche spécifique lui est remise, ainsi que les ordonnances et le rendez-vous de consultation. L'appel de la veille est réalisé et tracé une grille détaillant les informations à donner au patient est utilisée. L'horaire de sortie de SSPI est tracé sur la fiche de surveillance post-opératoire. L'appel du lendemain est réalisé par l'IDE de l'UCA et tracée dans le dossier du patient. L'accès au dossier du patient y compris en dehors des heures d'ouverture de l'UCA, est possible.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est réalisée par le recueil et le suivi de nombreux indicateurs. Les indicateurs d'activités, les IQSS sur la tenue du dossier d'anesthésie, les audits sur la maîtrise du risque infectieux sont réguliers, deux EPP sont en cours depuis 2013 : conformité de l'antibioprophylaxie et depuis 2015 conformité du circuit des DMI et leur traçabilité. Le retour des déclarations d'événements indésirables est l'objet d'une évaluation et d'une analyse avec un réajustement de pratiques ou de correction du processus avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience. Par ailleurs, le cadre supérieur d'anesthésie a récemment réalisé un audit des bonnes pratiques professionnelles IADE depuis le vestiaire jusqu'à la sortie de SSPI selon le référentiel métier de la SFAR. Un patient traceur a aussi été réalisé. Un bilan avec rapport d'activité et tableau de bord est réalisé cependant il nécessite un réajustement « manuel » en raison du paramétrage du logiciel de gestion du bloc évoqué plus haut. En UCA un questionnaire satisfaction des patients a été réalisé en 2016 avec un retour de 25 % de questionnaires, (satisfaction globale 100%), audit sur l'appel du lendemain, sur le brancardage etc..les résultats ont été présentés en début d'année aux professionnels, usagers et instances.

A / AGIR

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

Un dispositif institutionnel d'amélioration continue est en place aux bloc/SSPI et à l'UCA. Les actions d'améliorations sont mises en œuvre avec les professionnels en lien avec les résultats des évaluations, check-list, des audit hygiène des mains, des bonnes pratiques professionnelles (grille SFAR). Ce dispositif est en articulation avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués en conseil de bloc, lors des réunions ou des entretiens professionnels. Les résultats du questionnaire satisfaction de l'UCA ont aussi conduit à la réalisation d'un plan d'amélioration concernant à titre d'exemple le compte rendu opératoire désormais donné à la sortie et la révision du règlement intérieur.

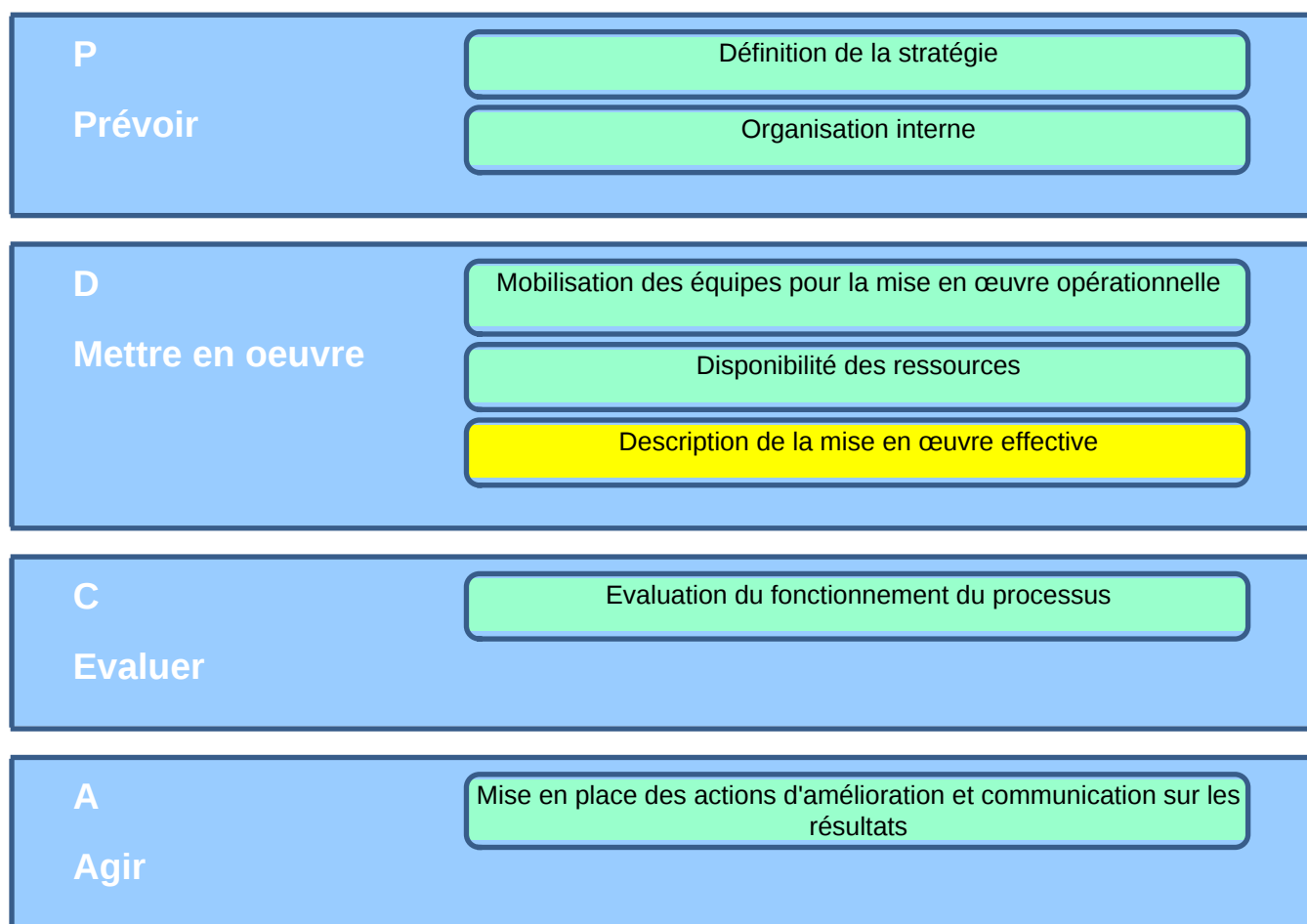
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les hospices civils de Beaune articulent leur activité d'endoscopie autour des spécialités de gastro-entérologie, de pneumologie, d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), d'urologie et de cardiologie (pour les échographies transoesophasiennes). Les Centres Hospitaliers de Seurre, d'Arnay-le-Duc et de Nuits-Saint-Georges ne pratiquent pas d'activité d'endoscopie. L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques de l'activité d'endoscopie ont été réalisées sur les secteurs d'endoscopie du plateau technique et du bloc opératoire. Cette identification des risques s'est déroulée en deux temps, avec un premier d'observation de l'activité des infirmières en endoscopie par l'assistante de l'ingénieur qualité-gestion des risques, et un second de déclinaison du fonctionnement de l'activité d'endoscopie avec les personnels. Cette démarche a permis l'élaboration d'une cartographie des risques, sur laquelle l'équipe opérationnelle d'hygiène a ensuite portée son analyse au regard de la réglementation et des résultats de l'audit dédié à l'activité d'endoscopie en juin 2015. Cependant, l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques du processus management de la prise en charge du patient en endoscopie ne couvrent pas l'ensemble des secteurs d'activités. En effet, les secteurs d'endoscopie d'ORL et de cardiologie n'ont pas fait l'objet d'une démarche d'identification des risques. Les principaux risques ont été versés au compte qualité. Ils concernent essentiellement le traitement et la prise en charge des endoscopes, l'identification des circuits propre et sale et l'organisation de l'activité. Les actions correctrices alimentent le Plan d'actions qualité sécurité des soins de l'établissement. L'ensemble de la démarche a été présenté à la CME dans le cadre de la présentation des travaux autour du management de la qualité et de la gestion des risques.

ORGANISATION INTERNE

Un comité assure le pilotage du processus depuis mars 2017. Il est constitué d'une infirmière d'endoscopie, d'un praticien hospitalier hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste, d'un praticien hospitalier gastroentérologue, d'un praticien hospitalier pneumologue, du cadre de santé de médecine 2, de l'ingénieur biomédical et de l'ingénieur qualité-gestion des risques. La prochaine réunion du comité de pilotage prévue en octobre 2017 inscrit à son ordre du jour la prise en compte dans son périmètre de responsabilité les secteurs d'endoscopie d'ORL et de cardiologie. L'activité d'endoscopie est réalisée dans quatre secteurs différents, à savoir le plateau technique d'endoscopies digestive et pneumologique, le bloc opératoire pour les actes sous anesthésie générale et l'urologie, le secteur de consultations pour les endoscopies de la sphère ORL, et le service de cardiologie pour les échographies transoesophasiennes. Les salles réservées à ces activités sont conformes à la réglementation en matière de volume et d'équipements (hotte aspirante ou paillasse avec aspiration basse, etc.).

Une organisation est définie pour chacun de ces secteurs avec des circuits de prise en charge structurés. Les ressources en personnel sont prévues, aussi bien pour la réalisation des actes (médecins et infirmiers) que pour la décontamination du matériel (aides-soignants le plus souvent). Les urgences en dehors des plages horaires d'activité sont assurées par le Centre hospitalier régionale de Dijon pour l'endoscopie digestive.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés par l'activité d'endoscopie. La participation aux journées nationales du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) est inscrite au plan de formation et une actualisation des connaissances en hygiène est programmée tous les 3 ans.

La gestion documentaire afférente à l'activité d'endoscopie est organisée. Des protocoles et procédures sont élaborés à partir des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et couvrent l'information du patient, les processus interventionnels, ainsi que les phases de traitement des endoscopes. Cette démarche qualité, documentée et actualisée, concourt à assurer la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité. Par ailleurs, chaque endoscope possède son carnet de vie. Les interfaces sont définies, notamment avec le service biomédical pour la maintenance préventive et curative des endoscopes et des divers matériels (laveurs désinfecteurs d'endoscope, etc.), et les services d'hospitalisation pour la programmation et la prise en charge des patients, le tout permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilotage opérationnel est assuré par les cadres en responsabilité des secteurs d'activité et les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ces personnes sensibilisent les opérateurs au respect des règles de bonnes pratiques, en matière notamment de risque infectieux lié à l'activité et à la surveillance des points critiques des modes opératoires (respect des temps de désinfection, etc.), ainsi que sur les actions d'

amélioration issues de l'identification des risques. Cette sensibilisation se déroule sous la forme de réunions de service ou de rencontres avec les personnels sur le terrain. Des évaluations des activités d'endoscopie sont également opérées sous la forme d'audits par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les événements indésirables sont traités par les responsables des secteurs d'activité de façon participative avec les professionnels de terrain, infirmiers et aides-soignants (trois signalements depuis le début de l'année).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les besoins en termes de qualité et de sécurité des soins sur tous les secteurs d'activité. Les tableaux de service pour les médecins et personnels soignants sont affichés, notamment sur le plateau technique où se partagent les activités d'endoscopie digestive et pneumologique. Pour le bloc opératoire, les actes d'endoscopie sont visualisables au niveau du programme opératoire. L'intégration des infirmiers en secteur d'endoscopie fait l'objet d'un accompagnement formatif structuré, appuyé de façon opérationnelle par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les documents utiles à l'activité sont accessibles sur supports papier ou informatique. Les procédures et protocoles de traitement des endoscopes et d'entretien des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes sont ainsi portés à la connaissance de l'ensemble des professionnels des secteurs d'endoscopie. Les matériels de protection individuels sont à disposition des personnels, notamment pour la désinfection des endoscopes (gants, tabliers, masques conformes, lunettes, etc.). Les maintenances préventive et curative de tous les endoscopes et des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes sont assurées par appel du service biomédical qui se charge, le cas échéant, du suivi en réparation des matériels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'endoscopie mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Le personnel porte les équipements de protection individuels mis à leur disposition dans tous les secteurs d'endoscopie. Les procédures de bonnes pratiques, en lien avec l'hygiène, sont appliquées. La marche en avant de la réalisation de l'acte d'endoscopie jusqu'à la prise en charge des endoscopes pour leur désinfection est respectée par tous les acteurs, permettant ainsi une application stricte des règles d'hygiène. Pour les actes d'endoscopie réalisés en ambulatoire et en consultation de cardiologie, l'information et le recueil du consentement éclairé du patient sont conduits et tracés. L'information est donnée par le médecin réalisant l'acte.

Cependant, le recueil du consentement éclairé n'est pas tracé pour l'ensemble des activités d'endoscopie. En effet, pour les patients devant bénéficier d'une endoscopie digestive en cours d'hospitalisation, et sur le secteur d'endoscopie en ORL, la traçabilité de l'information donnée n'est pas retrouvée. Cela a été notamment mis en évidence lors de la réalisation du patient traceur en endoscopie.

Par ailleurs, la traçabilité est effective pour les vérifications effectuées lors de la réalisation des actes (matériel, nettoyage/désinfection des endoscopes, lave-endoscopes, maintenance, contrôles, entretien des locaux, etc.). La check-list relative aux actes d'endoscopie est utilisée par les opérateurs lors des endoscopies réalisées sous anesthésie générale.

Toutefois, la traçabilité de l'évaluation du risque ATNC n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. La traçabilité de l'évaluation du risque ATNC ne fait pas l'objet effectivement d'une mention au sein du dossier patient pour les endoscopies digestives réalisées au niveau du plateau technique, et pour les endoscopies de la sphère ORL en consultation. De plus, la traçabilité de l'endoscope utilisé n'est pas effective au sein du dossier patient. Si les données du patient sont retrouvées sur le carnet de vie de l'endoscope, les références de l'endoscope utilisé ne sont pas consignées dans le dossier du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les Hospices civils de BEAUNE assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les équipes réalisant des actes d'endoscopie participent aux audits proposés par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière. Le service de Médecine 2 a organisé deux CREX en lien avec son activité d'endoscopie. L'équipe opérationnelle d'hygiène s'appuie sur des indicateurs de résultats de prélèvements de contrôle des matériels, de l'air et de surface sur les secteurs d'activité. Le Département d'Information Médicale transmet à périodicité définie des indicateurs quantitatifs d'activité aux médecins concernés, ainsi qu'à l'encadrement et à la Direction. Cependant, l'évaluation du processus management de la prise en charge du patient en endoscopie ne porte pas sur tous les secteurs d'activités. Les processus de l'activité d'endoscopie de la sphère ORL et des échographies trans-oesophagiennes en cardiologie ne font pas l'objet d'une évaluation.

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont organisées et suivies par l'équipe opérationnelle d'hygiène, en lien étroit avec l'ingénieur qualité-gestion des risques. Elles sont intégrées au PAQSS institutionnel qui fait l'objet d'une diffusion au niveau des personnels. La communication des résultats et actions est également réalisée en interne lors de la présentation du bilan du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), et en externe en Commission des usagers.

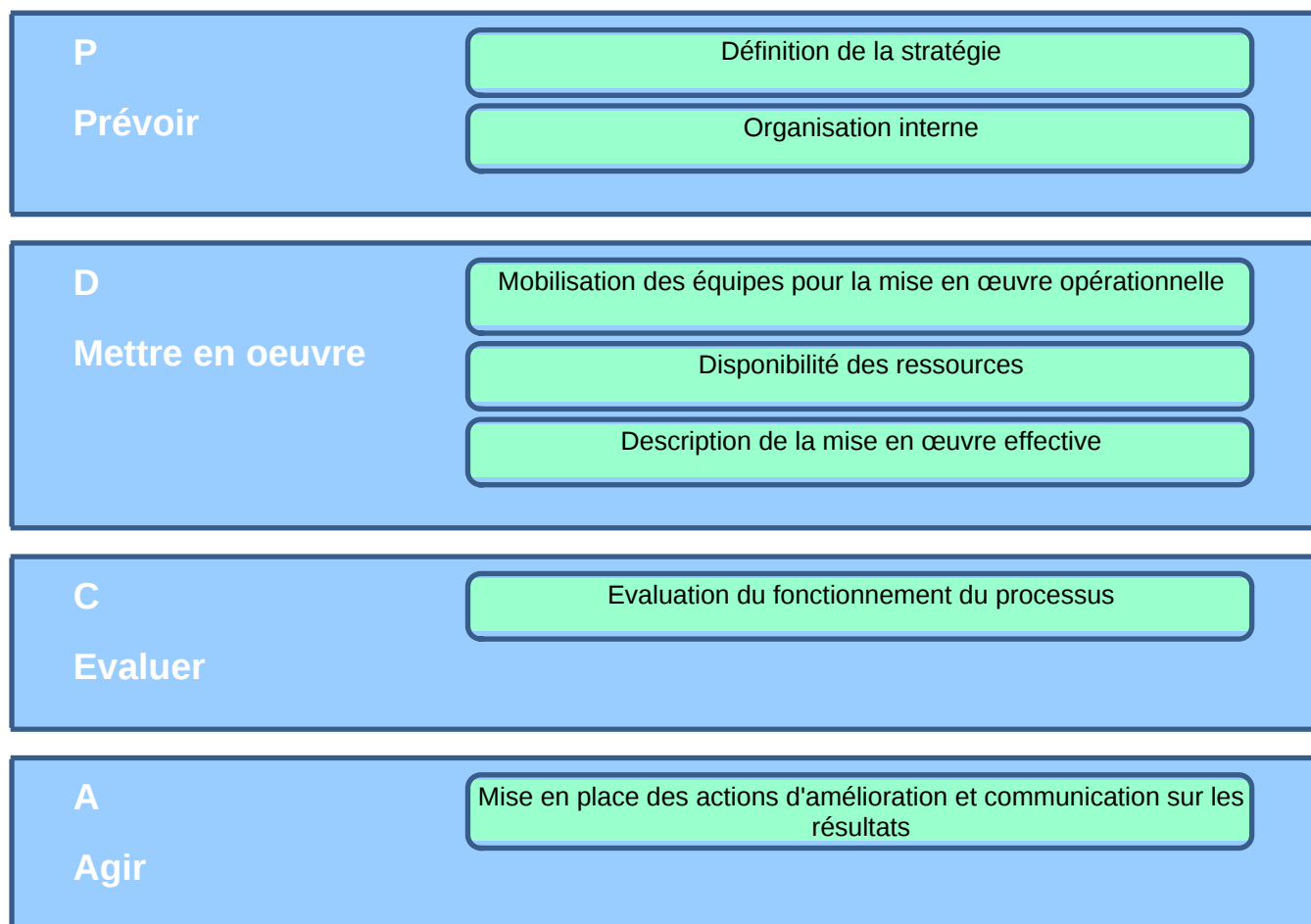
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Pôle « Femme-Mère-Enfant-Adolescent » des Hospices civils de BEAUNE intègre dans son périmètre une maternité de niveau I, réalisant près de 700 accouchements par an. L'activité de la maternité est centrée sur le suivi des parturientes n'entrant pas a priori dans le cadre d'une grossesse à risques, ces dernières étant orientées vers la maternité de niveau II de Chalon-sur-Saône ou de niveau III du Centre hospitalier Régional de Dijon Bourgogne, ce qui permet de prendre en compte le niveau de risque foeto-maternel. La maternité des Hospices civils de Beaune adhère au Réseau périnatal de Bourgogne. Des analyses de risques menées de 2010 à 2016 ont régulièrement fait l'objet de réévaluation en équipe pluridisciplinaire. Les risques liés à la salle de naissance ont été à nouveau identifiés et analysés de janvier 2016 à juin 2017 par des groupes pluridisciplinaires composés de médecins, sages-femmes et aides-soignants, et à partir d'une analyse processus de toutes les étapes de la prise en charge de la parturiente selon des critères de défaillance prédéfinis par le Réseau Qualité Bourgogne-Franche-Comté. Une étude prospective portant sur le risque infectieux en salle de naissance est conduite chaque quadrimestre. Le service conduit des RMM depuis 2007. La criticité et le niveau de maîtrise du risque ont été déterminés sur les bases du guide de cotation élaboré par la HAS. Le champ des risques recensés couvre des sujets en lien avec l'organisation (connaissance des pédiatres d'astreinte), l'information (recueil du consentement éclairé) et la prise en charge à proprement parlé (pose de péridurale, prise en charge des hémorragies du post-partum, etc.). Les risques présentant une criticité élevée (supérieure ou égale à 3) alimentent le Compte qualité et ont conduit à l'élaboration d'un programme d'actions préventives et de surveillance versé au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins institutionnel (PAQSS). Ce programme a été présenté en réunion de service, ainsi qu'en réunion de cadres de santé lors de la présentation globale du PAQSS en juin 2017.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la salle de naissance est assuré par le médecin gynécologue obstétricien chef de service et une sage-femme coordinatrice. Ces deux pilotes ont reçu une lettre de mission de la direction leur précisant les attendus en termes de conduite de processus. Les effectifs médicaux, de sages-femmes et de personnels paramédicaux sont conformes aux prérequis d'une maternité de niveau 1. Une charte de fonctionnement du service de gynéco-obstétrique décrit les modalités organisationnelles en termes de ressources humaines (présence sur place et lignes d'astreinte), de prise en charge (nouveau-nés, urgences vitales, accouchement sous X, etc.), et d'interfaces avec les autres services (notamment avec le bloc opératoire). Des formations, intégrées au plan de formation institutionnel, ciblent des thématiques de prise en charge (réanimation du nouveau-né en salle de naissance, etc.), des congrès de spécialité (Assises nationales des sages-femmes), ou l'obtention de diplômes universitaires (DU de thérapeutique homéopathique). La base documentaire, intégrée au logiciel de gestion documentaire institutionnel, est constituée essentiellement de protocoles (prise en charge des césariennes programmées, etc.), et permet d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité/sécurité en salle de naissance. Les césariennes, programmées et non programmées, sont réalisées au bloc opératoire situé à distance de la salle de naissance, à l'étage supérieur. Les interfaces sont définies avec le laboratoire, 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, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. La maintenance des matériels est confiée au service biomédical et l'obtention des produits sanguins labiles est organisée (dépôt de sang situé au service d'accueil des urgences).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de la salle de naissance connaissent la stratégie définie en matière de conduite de processus (objectifs, charte de fonctionnement, etc.) et 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 (mensuelles pour les sages-femmes, ou pour l'ensemble du personnel une fois par an). Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, via des audits de bonnes pratiques (traçabilité du rythme cardio fœtal, etc.) ou les échanges entre les professionnels lors des staffs quotidiens de programmation réalisés en présence du gynécologue de garde. Les personnels (médecins, sages-femmes, aides-soignants, etc.) participent au recueil et à l'analyse des événements indésirables (26 sur les six premiers mois de 2017), ainsi qu'à leur analyse (CREX propres au service ou transversaux). 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 les secteurs de naissance (notamment pour les pédiatres et les anesthésistes). La régulation de la programmation, garantissant la sécurité des patientes et des prises en charge, est effectuée lors d'un staff matinal, et les césariennes programmées sont prises en charge dans le cadre d'une programmation établie avec le bloc opératoire. La sage-femme coordinatrice peut ajuster les effectifs en cas de pic d'activité en lien direct avec les sages-femmes de maternité. Les personnels suivent les formations inscrites au plan de formation. La documentation est accessible sur la base informatique de gestion documentaire institutionnelle à partir des postes informatiques présents dans le service, ou en format papier pour certaines procédures sensibles. 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. Une salle au bloc opératoire général est disponible 24 heures sur 24 tous les jours pour la prise en charge des césariennes en urgence. Les locaux et dispositifs médicaux correspondent aux exigences liées à une activité obstétricale d'une maternité de niveau 1, avec une salle de pré travail, deux salles de naissance et une salle de réanimation néonatale contiguë aux salles de naissances. Une deuxième salle de réanimation pédiatrique est située à l'entrée du service en cas de besoin (notamment pour les transferts par le SAMU).

Néanmoins, la démarche qualité mise en place en salle de naissance n'assure pas la sécurité des soins à toutes les étapes de la prise en charge.

En effet, dans le cas de la prise en charge d'une parturiente pour une césarienne en urgence, l'accès à la salle du bloc opératoire située au niveau supérieur est effectué par un ascenseur dont l'utilisation est rendue prioritaire par une clef. L'éventualité de la panne d'ascenseur avant le transfert ou en cours de transfert n'a pas été prise en compte avant la visite. Au cours de la visite, l'établissement a révisé sa procédure d'acheminement en urgence de la patiente au bloc opératoire pour pallier cette éventualité :

- par le transport de cette dernière via les escaliers en matelas coquille en cas d'indisponibilité des ascenseurs ;
- et en actualisant la procédure de désincarcération lorsque la patiente demeure bloquée à l'intérieur.

D'autre part, la réception de la nouvelle maternité en cours de construction, avec le secteur des salles de naissance situé à proximité et au même niveau que le bloc opératoire, est prévue courant 2018.

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

De jour, l'accueil physique est réalisé par une secrétaire à l'entrée du service. La parturiente est ensuite prise en charge par une sage-femme pour un examen clinique et une première évaluation. La nuit, les deux temps d'accueil sont assurés par une sage-femme. Les pratiques professionnelles respectent les protocoles établis fondés sur des bases réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Selon l'avancée du travail, la future maman est dirigée vers la salle de pré-travail, voire directement en salle de naissance. Les circuits sont respectés pour ce qui est du programmé et du non programmé (prise en charge en maternité, puis au bloc général pour les césariennes programmées). Les procédures de césarienne selon le degré d'urgence sont connues des personnels (césarienne programmée sans urgence vitale, césarienne en urgence et césarienne en urgence absolue). La traçabilité est opérationnelle, lors de l'ouverture des deux salles de naissance, sur des fiches spécifiques. Une checklist pour les césariennes est utilisée au bloc opératoire.

Les étapes de la prise en charge sont tracées par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sur le dossier obstétrical de la maman. Le partogramme est rempli sous format papier. Le dossier du nouveau-né est initié en salle de naissance. Les actes réalisés par l'anesthésiste (péridurale en salle de naissance, anesthésie au bloc opératoire) sont renseignés sur un document dédié. Lors de la naissance du bébé, un bracelet d'identification est posé selon les règles institutionnelles définies en matière d'identitovigilance. 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

Les Hospices civils de BEAUNE assurent régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus du secteur de la salle de naissance sur la base d'outils identifiés un patient traceur a été réalisé. Des indicateurs d'activité sont renseignés et suivis concernant le nombre de naissances, le taux de césarienne, d'extraction (ventouse/forceps), d'épisiotomie, etc. Des indicateurs de qualité sont également pris en compte comme la mesure de la satisfaction des patientes et les IPAQSS. Un rapport annuel d'activité est produit pour ce secteur d'activité et présenté en conseil de service. Des RMM et des CREX sont également instruites selon une programmation semestrielle, ainsi que des audits de pratique. Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) de spécialité sont menées comme sur la tenue du

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration, issues des évaluations, sont mises en œuvre et suivies par les pilotes du processus. Ces actions ciblent des domaines divers touchant aussi bien à l'information de la patiente par l'élaboration d'un protocole intitulé « Informer la parturiente et mettre en place les fiches de consentement (césarienne ou déclenchement) au regard du risque », ou la mise en place d'un bilan sanguin le dernier mois de la grossesse, ou encore depuis 2007 la formation par des exercices de simulation et de mise en situation avec manœuvres de réanimation. Les résultats sont communiqués annuellement aux équipes lors d'un conseil de service spécifique animé par les pilotes du processus. Des enquêtes de satisfactions sont présentées en CRU.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

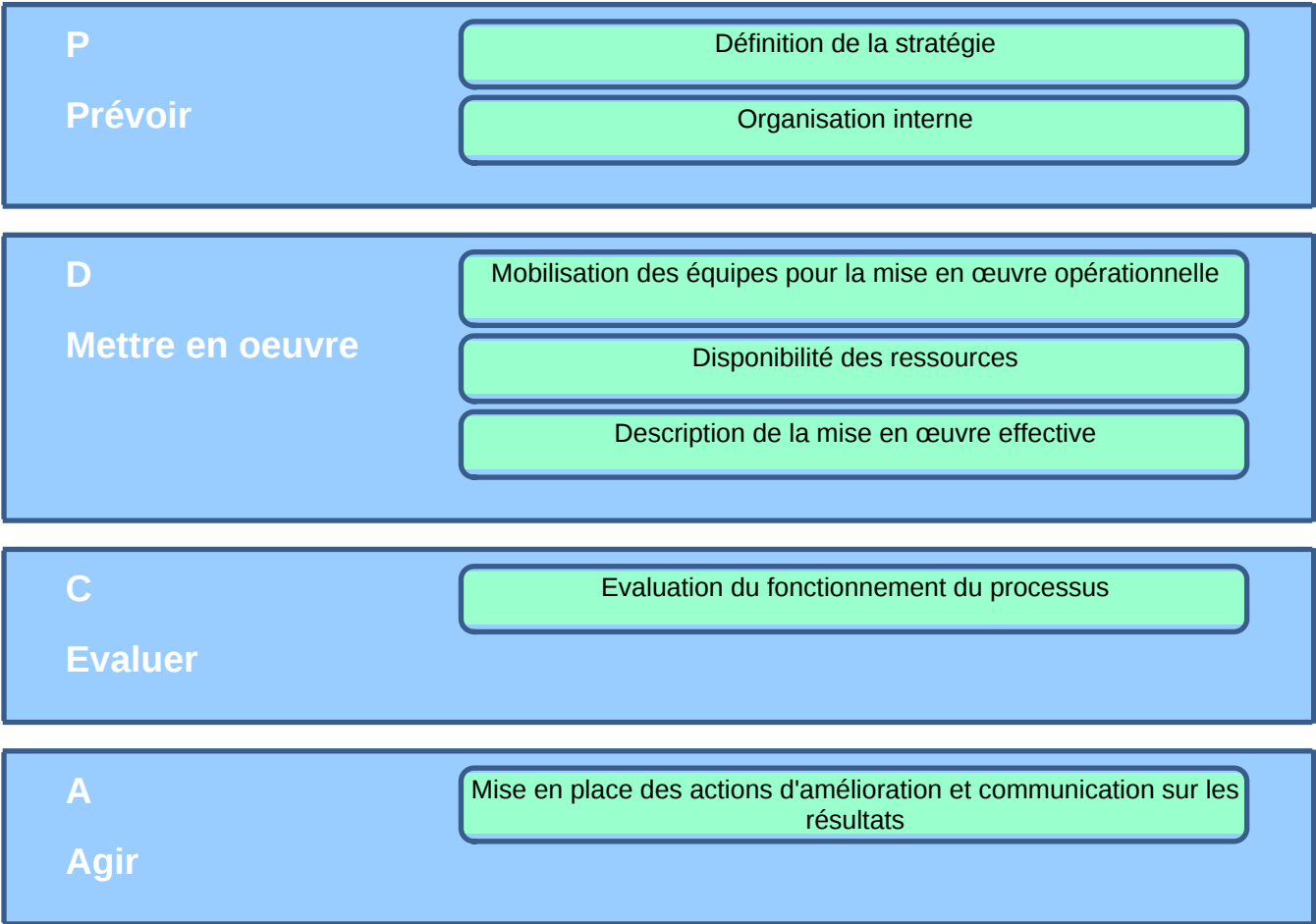
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'identification des missions et des besoins est formalisée dans le Projet Médical Partagé du GHT en cours d'organisation qui en accord avec le CPOM et prévoit l'augmentation de l'activité d'HAD ainsi que son articulation avec la filière de soins palliatifs. Un bilan annuel présente l'activité et prévoit dans sa partie «programme» le suivi des actions engagées et en particulier la poursuite du déploiement de la démarche qualité. L'identification et l'analyse des risques a été détaillée dans une cartographie réalisée avec le soutien du service qualité en lien avec le cadre de l'HAD, le pharmacien et le service économique. Ces risques ont été identifiés en croisant les données de la cartographie, les résultats des audits et des indicateurs IQSS, le résultat des questionnaires de satisfaction, l'analyse des dysfonctionnements et leur suivi régulier en réunion de service. Ces risques ont été priorisés et inscrits dans le compte qualité répartis dans la thématique de la gestion des produits et équipements au domicile ainsi que dans celles de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ils ont été priorisés avec des échéances, le compte qualité a été récemment remis à jour et mis à disposition dans un document synthétique institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus Gestion des Équipements et produits au domicile du patient est organisé, avec la définition des rôles et des responsabilités des personnes identifiées pour l'assurer : il s'agit de la cadre de santé arrivée dans la structure quelques semaines avant la visite de certification. Elle assure le pilotage du processus en lien avec les 3 médecins coordonnateurs de l'HAD, le pharmacien, le responsable du service économique et le soutien des services logistique. L'HAD comporte 7 IDE à temps plein et 3 aides-soignantes, qui viennent en soutien des IDE libéraux et prestataires au domicile. Les responsabilités sont définies dans les fiches de postes, les missions et les activités sont décrites dans le règlement intérieur de l'HAD (documents en cours de mise à jour). Des conventions sont établies avec les prestataires libéraux : médecins, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels intervenant au domicile du patient ainsi qu'avec les prestataires pour la mise à disposition à domicile des matériels d'équipement et DM techniques (VNI, Pompes à Perfusion etc...). Les Hospices civils de Beaune mettent en place les ressources nécessaires au processus avec des compétences adéquates en interne, le recours à une assistante sociale ou un psychologue est possible et organisé en fonction des conditions locales autour du patient. Des formations spécifiques sont inscrites au plan de formation. Des protocoles de gestion de risques particuliers aux visites à domicile sont en place. L'HAD utilise le module de gestion documentaire institutionnel. La permanence 24h/24 et 7j/7 de l'activité est organisée et repose sur les astreintes infirmières pour permettre au besoin l'approvisionnement en cas de nécessité ou le remplacement de dispositif défectueux en urgence. De même, le signalement à ERDF pour les patients le requérant est effectif. L'organisation logistique est en place pour permettre la réalisation de l'objectif : les transports de matériels et produits sont réalisés en lien avec le service logistique des Hospices civils de Beaune. Cependant, les modalités de transport des différents matériels et médicaments ne sont pas formalisées. La traçabilité du transport en interne matériels et médicaments n'est pas organisée par l'établissement : il n'y a pas de support prévu pour la traçabilité ou d'interface ni de procédure en ce sens.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont sensibilisés et impliqués dans la mise en œuvre et la réalisation de leur objectif de mise à disposition des produits et matériels en temps utile au domicile du patient à l'entrée en HAD, comme à la réalisation de leur objectif de retrait des matériels en fin de prise en charge et des déchets (DASRI). La sensibilisation aux éléments liés à la sécurité est effective particulièrement pour les transports. Il existe des formations aux risques professionnels notamment ceux liés aux trajets et à la conduite ainsi qu'au risque de transport des matériels, des produits et pour les médicaments que les IDE de l'HAD assurent, ainsi que pour garantir l'hygiène des matériels dont ils ont la charge. L'évaluation périodique des professionnels est organisée. Le suivi des actions de formation programmées est organisé. Les IDE de l'HAD contrôlent les compétences des IDE libéraux en particulier pour la manipulation des matériels spécifiques, ou réalisation de gestes techniques. Des référents (IDE ou AS de l'équipe) apportent un appui en interne pour les matériels, les médicaments, l'hygiène, la sécurité, l'informatique. Les procédures d'urgence sont établies : conduite à tenir en cas de panne de matériel et en cas de rupture d'approvisionnement électrique à domicile (mode opératoire en cours de révision), organisation de l'approvisionnement en urgence avec l'astreinte infirmière en dehors des heures ouvrables, information sur la procédure à suivre en cas d'urgence vitale (appel du 15) par les familles et recours à l'

astreinte. Des protocoles de gestion de risques particuliers aux visites à domicile sont à disposition dans les véhicules avec notamment, un protocole d'urgence, intégrant la panne de véhicule, la gestion du risque de morsure de chien...

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs du processus sont à disposition avec notamment un dossier du patient organisé en dossier de structure et dossier de chevet et une gestion documentaire structurée dans la GED informatisée institutionnelle. Ces ressources intéressent aussi les équipements informatiques, les documents d'enregistrements, les locaux de l'HAD qui comprennent une zone de stockage, une armoire à pharmacie sécurisée dont la dotation est adaptée par le pharmacien en fonction des prescriptions médicales, et une zone de nettoyage des équipements rapportés du domicile. Les véhicules de transport sont en nombre suffisant pour assurer la logistique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de la rencontre autour du patient traceur à son domicile, il a été constaté la conformité des éléments mis à disposition du patient à son domicile avec la conformité du dossier de chevet, celle des colonnes de stockage de dispositifs et produits à domicile, et leur contenu (dispositifs médicaux stériles et non stériles). Le patient était informé au sujet des matériels et produits ainsi que leur utilisation, son projet de prise en charge était signé et compris. Les documents de conventions de prise en charge par les intervenants libéraux étaient signés et conformes. La rencontre avec les professionnels (audit de processus, entretien au sujet du patient traceur) a permis de vérifier que le fonctionnement de l'HAD correspond à ce qui est attendu en termes de Gestion des Équipements et produits au domicile du patient. Il a été vérifié aussi la participation des personnels aux formations. Un exemple d'analyse a posteriori d'un évènement indésirable montre que la démarche de retour d'expérience est initiée en attendant la formalisation d'un CREX par la cadre nouvellement arrivée. Les personnels ont été formés en interne. Le suivi par les IDE d'HAD des compétences techniques des libéraux à l'utilisation des matériels est effectif. Les interfaces avec les médecins traitants et hôpitaux prescripteurs et professionnels de santé libéraux intervenant à domicile sont opérationnelles. Les réunions hebdomadaires sont réalisées, tracées dans les dossiers structure. Des échanges réguliers entre la cadre, les médecins et les infirmiers et aides-soignants permettent d'identifier les actions d'amélioration nécessaires en cas de dysfonctionnements. Au besoin les anomalies sont rapportées dans le système de signalement institutionnel pour action aux interfaces (par exemple retard de transporteur compromettant l'organisation des soins programmés).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué avec notamment la vérification des compétences en interne comme celle des professionnels libéraux à la mise en place des techniques spécifiques, les entretiens annuels d'évaluation qui aboutissent à la définition des besoins éventuels de formations. Le questionnaire de sortie évalue la satisfaction des patients et/ou leur famille. Certains résultats sont suivis en termes d'indicateurs (activité, IQSS, retour de l'enquête de satisfaction). Les produits pharmaceutiques (dotation, péremptions, conditionnements) sont contrôlés mensuellement. Les professionnels de l'HAD ont participé à des audits réalisés aux Hospices Civils de Beaune comme l'audit « Chambre des erreurs ».

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre comme le suivi du compte qualité sont intégrés au programme d'actions institutionnel les professionnels sont informés du résultat des évaluations et des actions amélioration apportées et à mettre en œuvre au cours des réunions de service par la cadre et le cas échéant par les référents.