



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
LOCHES**

**1 Rue du Dr Martinais
37600 Loches
NOVEMBRE 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	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES	
Adresse	1 rue du dr martinais 37600 Loches
Département / région	INDRE-ET-LOIRE / CENTRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Groupe hospitalier	GHT37044	GHT TOURAINE VAL DE LOIRE	37044 TOURS
GCS de moyens	370012783	GCS BLANCHISSERIE SUD TOURAINE	1 rue du docteur martinais 37600 LOCHES
Entité juridique	370000614	CENTRE HOSPITALIER	1 rue du docteur martinais 37600 Loches
Etablissement de santé	370004301	CH DE LOCHES- SSR	Route de puygibault 37600 Loches
Etablissement de santé	370000903	CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES	1 rue du dr martinais 37600 Loches

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	25	/	6
MCO	Médecine	35	4	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	/	15	/
SSR	SSR	30	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
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

Gestion du risque infectieux
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie HC	A définir	programmé	SIMPLE	MCO
2	Adulte	Chirurgie ambulatoire	A définir	programmé	simple	MCO
3	Adulte	médecine	A définir	urgences	complexe	MCO
4	Adulte	SSR	A définir	programmé	simple	SSR
5	Adulte	SM	A définir	programmé	simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

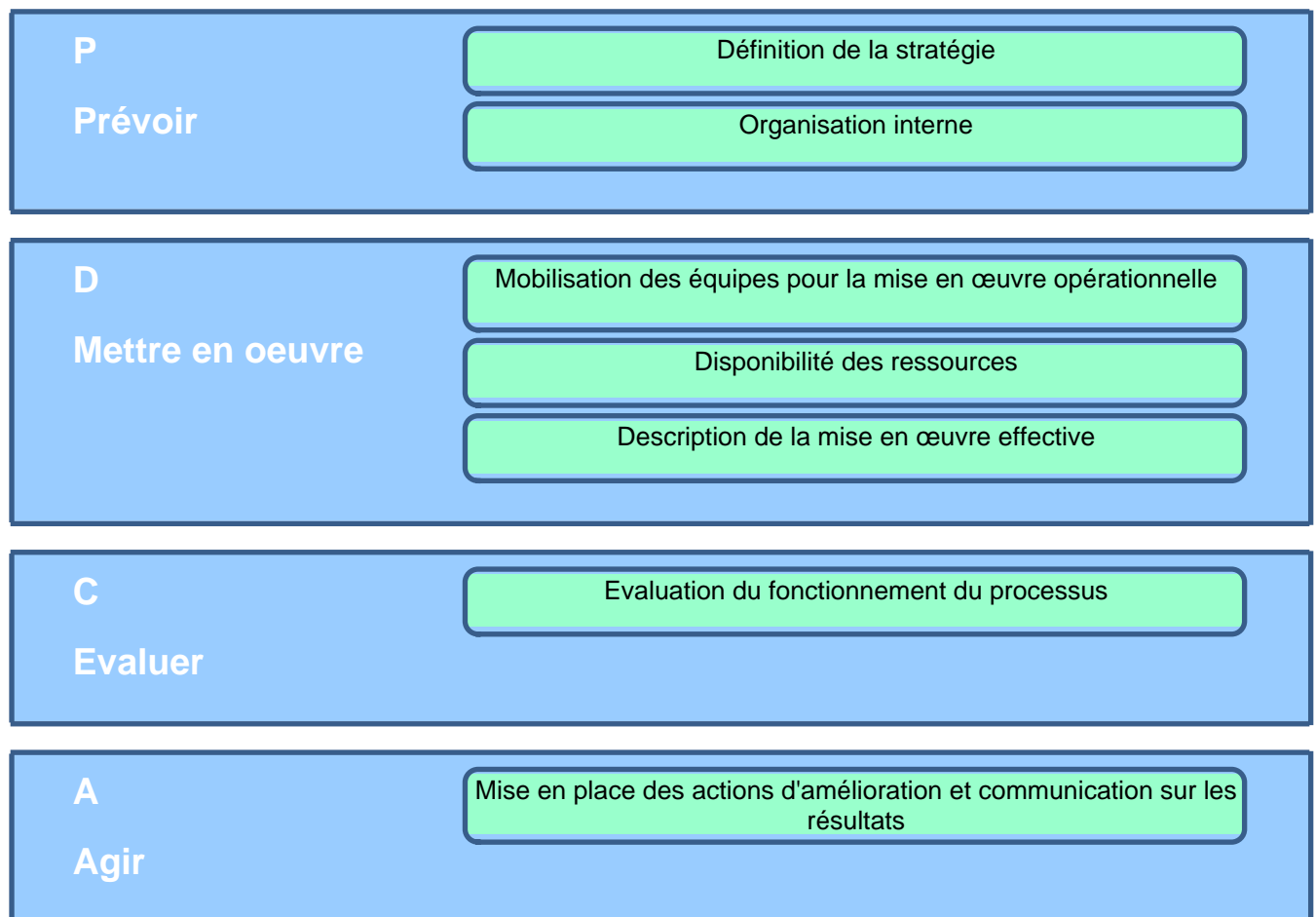
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de LOCHES est un établissement multi sites comportant un site principal de soins (médecine, chirurgie, psychiatrie) et un site accueillant le SSR et l'EHPAD.

Le directeur qui appartient également au CHU de Tours dirige aussi le CH de CHINON.

L'établissement appartient au Groupement Hospitalier de Territoire Touraine Val de Loire qui regroupe, à ce jour, 7 établissements publics de santé, 14 EHPAD et des partenaires associés.

La certification en cours est une démarche synchronisée qui concerne les 3 établissements publics de santé (CH de CHINON, CH de LUYNES et CH de LOCHES).

Le GHT Touraine Val de Loire a défini une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, adoptée par tous ses membres : celle-ci s'articule autour de 2 objectifs (développer la politique et la culture qualité et aller vers une certification synchronisée à horizon 2020) et 5 axes communs (gestion des EI, analyse des risques, développement de la bientraitance, élaboration d'un compte qualité commun, la qualité de vie au travail). Ces axes se retrouvent dans la mise en œuvre commune de 5 processus ou thématiques (management de la qualité et gestion des risques, prise en charge médicamenteuse en EHPAD, parcours du patient, dossier du patient et système d'information, qualité de vie au travail).

Le CH de LOCHES a aussi défini sa propre politique qualité et gestion des risques (2018-2021) qui s'articule autour de 5 axes de développement prioritaires :

- Diminuer le nombre de chutes
- Réduire le risque d'erreur de doublons des dossiers patients
- Prévenir les risques professionnels
- Améliorer la prise en charge du patient aux Urgences
- Affirmer une culture qualité GDR partagée (usagers/personnels)

Ces orientations ont été validées par les instances en juin 2018 (Conseil de surveillance, CME, CSIRMT, CTE, CHSCT, CDU, Directoire). Les représentants d'usagers ont participé à l'adoption de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins dans le cadre du Conseil de Surveillance.

Cette Politique Qualité tient compte du bilan des analyses internes, des objectifs engagés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM), des différentes inspections et audits externes. Le CPOM 2012-2016 contractualise des objectifs visant à poursuivre l'amélioration de la qualité et sécurité des soins (certification et démarche qualité, lutte contre les infections nosocomiales, plan blanc).

L'établissement s'est mobilisé pour élaborer le compte qualité, avec l'appui du CHU de TOURS. Des groupes pluridisciplinaires ont traité les thématiques relevant de la mission du Centre Hospitalier. Pour identifier les risques, les groupes de travail ont utilisé les indicateurs nationaux et locaux (EI, patients traceurs etc...).

Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) reprend les risques identifiés dans le compte qualité. Il contient les plans d'actions déclinés selon la méthodologie préconisée (objectifs, actions d'amélioration proposées, responsable(s) de l'action, échéance et modalités de suivi de l'action). Le PAQSS est validé par le Comité de la Qualité et de la Gestion des Risques Stratégique.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus et assurer une coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques est assuré par le comité qualité et gestion des risques stratégique composé de 13 membres dont un représentant des usagers. Ce comité assiste, notamment, la CME dans la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité/gestion des risques et prépare le PAQSS. Il s'est réuni tous les 2 mois en 2017.

Le comité qualité et gestion des risques opérationnel composé de 11 professionnels de la qualité de l'établissement, a pour mission, notamment, de coordonner, d'harmoniser et de déployer les démarches en lien avec la préparation de la certification V 2014 et, d'apporter un soutien méthodologique aux démarches qualité menées (CREX, RMM, Patient traceurs). Il assure la gestion des événements indésirables et la gestion documentaire ; il se réunit au moins deux fois par mois, plus si nécessaire. Ces deux comités disposent d'un règlement intérieur.

L'établissement a élaboré son compte qualité sous la coordination de la direction de la qualité et gestion des risques. Un pilote, un copilote et un groupe de travail par thématique ont été désignés pour conduire l'analyse des processus, pour définir les risques et les cotations selon les grilles HAS, construire et mettre en œuvre le plan d'actions en lien avec le responsable qualité référent de la thématique.

Les rôles et responsabilités des pilotes et des professionnels (de la direction qualité, le coordonnateur des risques associés aux soins) sont identifiés et formalisés par des fiches de poste ou de mission.

La CDU assure ses missions réglementaires quant au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches : le règlement intérieur de la CDU a été actualisé en 2016.

La pharmacienne, Présidente de la CME, assure la coordination de la gestion des risques associés aux soins et les fonctions de RSMQPECM.

Les vigilances sont gérées par des référents appartenant aux personnels médicaux et non médicaux (hémovigilance, matériovigilance, identitovigilance, infectiovigilance et pharmacovigilance). Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est organisé : l'établissement gère un dépôt de sang et organise une réunion annuelle du CSTH. La coordination des vigilances est assurée par le comité qualité et gestion des risques opérationnel.

La responsable qualité est chargée du déploiement et de la mise en œuvre de la politique EPP.

La veille réglementaire est assurée par la direction et les responsables des différents secteurs d'activité. Une procédure « veille informationnelle » décrit la marche à suivre pour assurer une veille juridique et une veille relative aux systèmes d'alertes. Elle décrit les dispositifs en place dans l'établissement et les responsabilités incombant aux acteurs concernés.

La gestion documentaire est organisée et informatisée : la procédure des procédures a été actualisée en avril 2018.

Les situations de crise font l'objet de plusieurs procédures : plan blanc avec ses annexes NRBC, plan bleu, plan canicule. Le plan de sécurité de l'établissement (PSE) a été élaboré et validé.

L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (carte d'identité des processus, cartographies des risques établies avec utilisation de l'échelle de cotation HAS).

Le dispositif de gestion des événements indésirables, décrit dans une procédure, est opérationnel : il permet une analyse des causes notamment profondes, en associant les acteurs concernés. Le comité de revue des EI assure la cotation de la criticité des EI et réoriente les fiches d'événements indésirables vers les personnes ressources pour traitement de celles-ci. Ces dernières procèdent si nécessaire à une analyse des causes profondes et proposent des actions d'amélioration. La charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables dénommée charte sur les signalements internes et la vigilance en matière de sécurité est en place depuis 2012.

Le dispositif d'analyse et d'exploitation des plaintes et réclamations, décrit dans une procédure, est en place.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : les personnels de la direction qualité apportent leur soutien méthodologique dans les différentes instances Qualité et dans la mise en œuvre des méthodes d'évaluation (CREX, RMM, Patients traceurs...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont mobilisés sur le thème de la qualité et gestion des risques par le biais des instances (les thèmes relevant de la qualité sont régulièrement inscrits à l'ordre du jour de la CME, les projets et suivi des actions sont présentés au Conseil de Surveillance, au CHSCT, CTE, réunion des cadres, directoire) et par la direction qualité (accompagnement sur les méthodes qualité, réunion avec l'encadrement).

La déclinaison du PAQSS et du compte Qualité est faite au niveau des services.

Les secteurs d'activité utilisent une ou plusieurs méthodes d'analyses de pratiques professionnelles (déclaration des EI, cartographies des risques, audits institutionnels ou internes au service, patients traceurs, comité de retour sur expérience). L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes).

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs qualité et gestion des risques institutionnels ou du secteur d'activité par l'encadrement, les médecins du secteur d'activité et par leur participation aux audits, CREX, RMM. Les professionnels préparent souvent en binôme (AS, IDE et/ou médecin) les CREX et les RMM (recueil des informations).

L'établissement a mis en place des auditeurs internes : ces professionnels sont formés. Ils adhèrent à la charte de l'auditeur interne et s'engagent à respecter les modalités d'organisation et de fonctionnement des audits internes prévues dans la procédure.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre avec l'accompagnement des cadres des services et des professionnels du service qualité.

S'agissant de la gestion des plaintes et réclamations, les professionnels sont sollicités pour apporter des éléments de réponse au service qui gère les relations avec les usagers. Les professionnels et la CDU sont informés des courriers transmis aux plaignants.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les secteurs d'activité disposent des effectifs compétents leur permettant de mettre en œuvre leurs objectifs « qualité ».

Au niveau institutionnel, la direction de la qualité et des risques est assurée par la directrice des soins. Les médecins et pharmaciens sont impliqués dans la démarche qualité en qualité de pilotes de thématiques ou dans des fonctions spécifiques (RSMQPECM, CGRAS)

Dans les secteurs d'activité, on retrouve des référents dans plusieurs domaines : référents pour l'hygiène,

le médicament, la douleur, l'hémovigilance, la qualité et des référents métier pour chaque logiciel utilisé dans l'établissement.

Les formations suivies par les professionnels concernent, notamment, les méthodes d'analyse de causes profondes, la gestion des risques, la déclaration des EI et la gestion documentaire, les méthodes pour mener des CREX ou des RMM ou des patients traceurs, les vigilances (hémovigilance, identitovigilance), la formation des pilotes et co-pilotes des thématiques, des auditeurs internes et des médiateurs.

Les personnels de la direction qualité ont des qualifications en matière de gestion de la qualité et des risques (Mastère Spécialisé) et suivent des formations sur la qualité et gestions des risques.

Les professionnels sont sensibilisés régulièrement à la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques par le biais des CREX (participation à l'analyse des causes, à la détermination des solutions et accès à la connaissance et au suivi des actions menées) et par le biais des audits menés (exemple dossier patient).

Des formations sur les gestes d'urgence sont dispensées par un IDE des urgences (AFGSU) : 169 professionnels ont été formés en 2018 ce qui représente 32,06% de l'effectif global.

Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la démarche qualité lors de la journée d'accueil et lors de leur arrivée dans les secteurs d'activité : ils sont également formés aux différents logiciels de gestion (dossier patient, prescription médicamenteuse, prescription sanguine ...).

L'établissement met à disposition des professionnels des ordinateurs pour faire les déclarations d'évènements indésirables.

La gestion documentaire accessible sur intranet (procédures et protocoles) est connue des professionnels : les cadres informent les professionnels des nouvelles procédures ou conduites à tenir lors des réunions de service.

Les plans de crise sont mis à jour (fiche réflexe opérationnelle pour le plan blanc, plan bleu en avril 2018).

Des ressources matérielles conformes et adaptés sont mis à leur disposition (matériel informatique, armoires réfrigérées pour la conservation des poches de sang).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les structures qualité et les pilotes des thématiques de l'établissement se sont mobilisés dans l'élaboration du compte qualité.

La direction qualité fait un point qualité tous les vendredi en associant, le cas échéant, un ou plusieurs invités.

Une démarche d'évaluation des risques a priori a été menée sur l'établissement permettant l'élaboration de cartographies des risques liés à la prise en charge du patient.

Les professionnels participent aux actions de communication et d'informations régulières.

Les procédures relatives à la transfusion et à la sécurisation du processus transfusionnel sont mises en œuvre.

L'établissement met en œuvre les différentes méthodes d'analyse et de résolution de dysfonctionnements proposées par la HAS : 33 analyses de pratiques professionnelles ont été menées entre 2008 et 2018 (patient traceur, audit, EPP, CREX et RMM).

Les CREX et RMM fonctionnent régulièrement dans les services de façon pluridisciplinaire, toujours en présence d'un médecin ou d'un pharmacien. Ils permettent de traiter différents thèmes et d'améliorer les pratiques professionnelles.

L'établissement utilise la méthode des patients traceurs (10 en 2017, 9 en 2018).

En 2017, 727 évènements indésirables relevant du secteur sanitaire et administratif/logistique /techniques (EI, EIG, erreurs médicamenteuses) ont été déclarés avec un suivi de leur traitement assuré par le comité de revue des EI qui se réunit tous les 15 jours. Les EI sont répertoriés par item et par service.

Par ailleurs, l'établissement a dénombré 55 plaintes et réclamations en 2017. Des médiations ont lieu.

Les professionnels rencontrés connaissent bien les dispositifs de signalement (EI, vigilances) et d'accès aux ressources documentaires (GED, affiches), moins le PAQSS et la CDU. Les responsables de la qualité et de la gestion des risques sont connus, accessibles et interviennent dans les secteurs d'activité

Des exercices ou des simulations sont organisés régulièrement pour tester l'efficacité des plans de crise.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des usagers est faite par un questionnaire de sortie institutionnel, par des questionnaires de satisfaction propres à certains secteurs (psychiatrie, hôpital de jour et UHTCD aux urgences). L'enquête e-satis a été réalisée par l'établissement mais non exploitée (quorum d'exploitation non atteint en 2016 et 2017). La CDU en est informée.

Les indicateurs nationaux font l'objet d'un suivi et d'une analyse.

Le processus est évalué périodiquement par des audits (dossier patient), des patients traceurs dans les services.

Les exercices des plans de crise font l'objet d'un retour d'expérience (exercice plan blanc départemental

en juin 2017 ; exercice national SI-VIC en septembre 2017).

L'établissement procède à des bilans annuels d'activité (CDU, Comité douleur) et à des suivis (tableau de bord des EPP, tableau de suivi des EI, des actions du PAQSS...).

La direction qualité a publié en 2017 un bilan qualité, gestion des risques, usagers : ce bilan d'activité comporte une propositions d'amélioration sur la gestion documentaire. Le bilan des vigilances est présenté en CME.

Toutefois, l'établissement n'a pas défini, à ce jour, une stratégie de communication des résultats des indicateurs et tableaux de bord aux professionnels et aux usagers. Bien que l'établissement procède à des bilans annuels et diffuse les résultats des indicateurs nationaux par affichage, il n'a pas été retrouvé un tableau de bord Qualité et Gestion des risques global regroupant les indicateurs clés, choisis parmi ceux développés par l'établissement et permettant une information en interne sur les succès et les difficultés liés à la mise en œuvre de la démarche qualité de l'établissement. Il en est de même aux niveaux des secteurs de soins (absence de tableau de bord qualité et activité utilisé quotidiennement).

La direction de l'établissement a conscience de ce problème. La réalisation d'un tableau de bord global est un des objectifs de gestion du GHT.

A / AGIR

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

La politique qualité et gestion des risques a été actualisée en 2018. Le programme qualité et gestion des risques (PAQSS) contient le Compte qualité. Le PAQSS est diffusé aux instances et positionné dans la gestion documentaire électronique, accessible à tous les professionnels.

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux bilans et rapports d'activités annuels des différents instances et thématiques, suite à des visites d'inspections ou audits internes ou externes, suite à l'exploitation des EI, suite à audit et retour d'expérience (suppression des classeurs qualité dans les services, réorganisation du fonctionnement de la cellule de crise, par exemple).

Le PAQSS est mis à jour tous les 6 mois en comité qualité gestion des risque opérationnel : le plan d'actions du processus MQR, à l'instar des autres processus, fait l'objet d'un suivi avec l'état d'avancement de chaque action.

La communication sur les actions d'amélioration est faite par diverses voies : instances, intranet, actions de communication des responsables qualité dans les services, affichage des IQSS, site internet Scope-santé, semaine sécurité patient (chambres des erreurs). La relance du journal interne fait partie des objectifs de l'établissement.

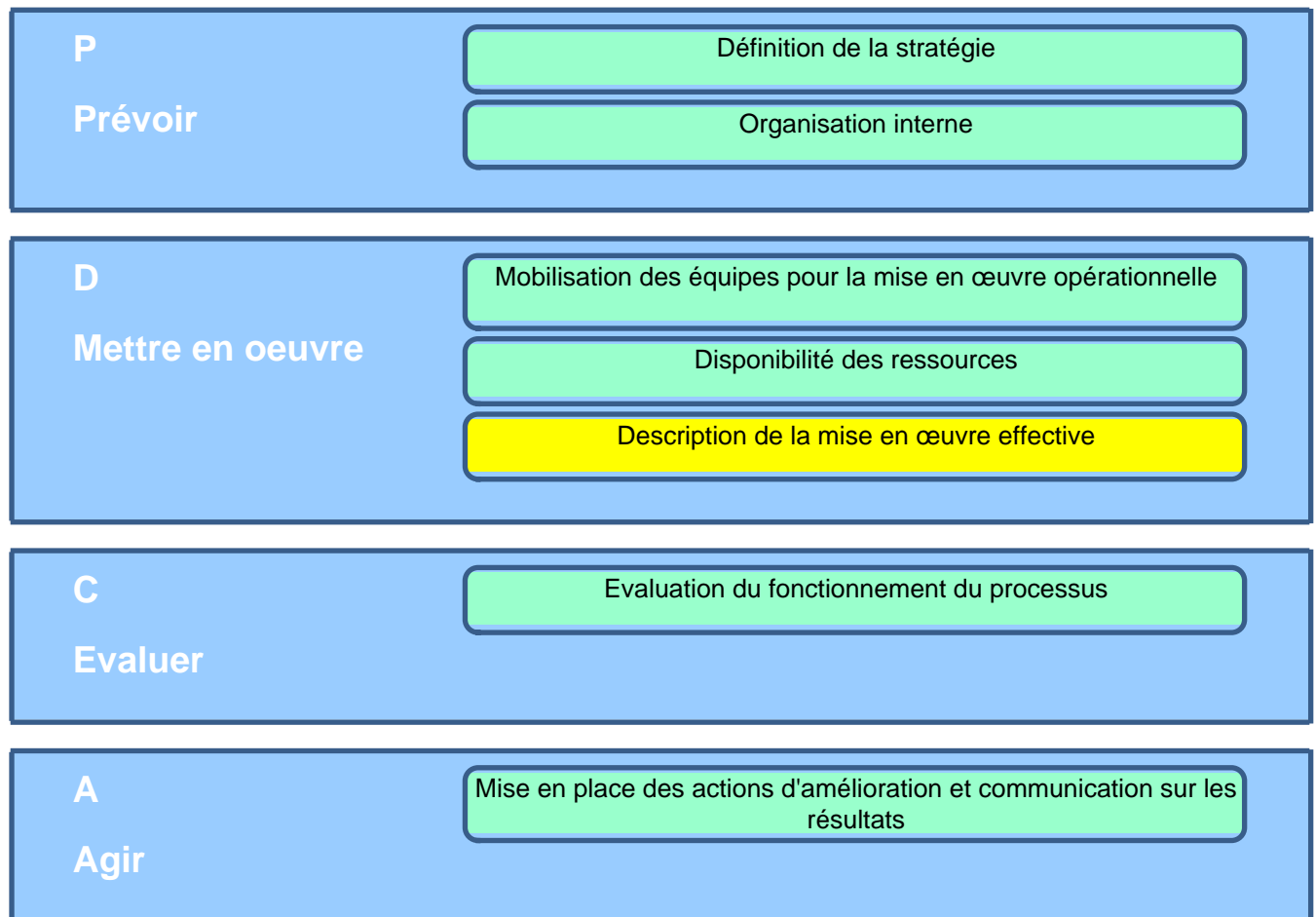
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Loches a défini une stratégie et des objectifs en matière de politique de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, qui prend en compte les obligations réglementaires et les recommandations nationales et régionales, est formalisée dans la politique de gestion du risque infectieux 2018 -2020 et la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients 2017-2021 pour ce qui concerne le bon usage des antibiotiques.

La démarche d'identification des risques, effectuée par les membres de la cellule opérationnelle en Hygiène (EOH) et une aide-soignante référente en hygiène, avec l'appui de la responsable qualité et risques (RAQ), a été réalisée à partir de plusieurs sources de données : cartographie des risques a priori, événements indésirables, réglementation et recommandations de bonnes pratiques, résultats d'audits, prélèvements de surface dans les secteurs à risque (bloc et Unité de Reconstitution des Cytotoxiques), indicateurs nationaux d'infections associées aux soins, ...

La hiérarchisation des risques, conduite selon une méthode définie, a permis l'identification des priorités d'amélioration du processus « gestion du risque infectieux » déclinées dans un plan d'actions d'amélioration formalisé, priorisé et validé par les instances. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances, modalités de suivi. Il est articulé avec le compte qualité et le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

Le plan d'actions du processus est suivi par les pilotes du processus en lien avec la cellule qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus « gestion du risque infectieux », assurer les conditions d'hygiènes optimales des locaux et promouvoir le bon usage des antibiotiques.

Le pilotage de la démarche est assuré par le pharmacien et une infirmière hygiénistes ; membres de l'Equipe Opérationnelle en Hygiène (EOH).

Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Il existe un CLIN intégré au sein de la CME.

Une Equipe Opérationnelle en Hygiène assure la mise en œuvre de la politique de maîtrise du risque infectieux, en concertation avec la CME. Elle est constituée d'un pharmacien praticien hygiéniste (0,20 ETP) et de deux infirmières hygiénistes (1,75 ETP), tous trois titulaires d'un diplôme universitaire en hygiène.

Un réseau de référents en hygiène paramédicaux et ASH assure le relais de l'EOH auprès des professionnels dans les services cliniques et médico-techniques.

Les besoins en formation des professionnels médicaux et paramédicaux sont identifiés et intégrés dans le plan de formation de l'établissement.

Les praticiens sont sensibilisés au bon usage des antibiotiques par le pharmacien praticien hygiéniste lors de la formation à l'utilisation du logiciel de prescription.

Toutefois, la formation des professionnels paramédicaux à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est partiellement assurée.

L'établissement prévoit et organise en interne, en lien avec le médecin du travail, des formations à la prévention des accidents avec exposition au sang. Jusqu'en 2017, une journée « hygiène des locaux, des mains et précautions standard » était organisée au profit des agents des services hospitaliers (ASH). Des sensibilisations à la prévention du risque infectieux sont menées lors des campagnes nationales (hygiène des mains, semaine sécurité). Au moment de la visite, les formations aux précautions standard et complémentaires en hygiène pour les personnels en poste et pour les nouveaux arrivants n'étaient pas organisées régulièrement: l'établissement a programmé ces formations sur 2018".

Il n'est pas organisé de formation aux bonnes pratiques de manipulation des chambres implantables pour les infirmiers affectés en oncologie ambulatoire.

Ce risque a été identifié par l'établissement lors de l'analyse des risques liés au processus. Le plan d'action prévoit la mise en place de formations aux précautions standard et complémentaires en 2018, formation non encore initiée au moment de la visite.

Les ressources documentaires sont rédigées par l'équipe EOH et diffusées via le système de gestion documentaire dématérialisé.

Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Un médecin, référent en antibiotiques, titulaire d'un diplôme universitaire en antibiologie est identifié au sein de l'établissement. Si besoin, il peut être fait appel à des référents en infectiologie du CHU de Tours. Un guide d'

antibiothérapie ainsi que des protocoles d'antibioprophylaxie sont mis à disposition des prescripteurs. Un dispositif de surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est en place. Une alerte dans le logiciel de prescription informatisée informe les praticiens de la nécessité de réévaluer les antibiothérapies entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure.

Un dispositif de surveillance et de signalement est prévu pour les infections associées aux soins, BMR, les accidents d'exposition au sang, la qualité de l'air et de l'eau. Une organisation est en place en cas d'épisode épidémique dans le cadre du plan de crise.

L'organisation, les locaux, matériels et équipements nécessaires à la mise en œuvre des conditions optimales d'hygiène sont prévus.

Le bio nettoyage des locaux est assuré selon deux organisations :

- Une équipe d'ASH, salariés de l'établissement, assure le bio nettoyage du SSR sur le site de Puy Gibault, des services cliniques, du bloc opératoire, de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC), de la stérilisation et des urgences sur le site de Rives de l'Indre. Cette équipe est placée sous la responsabilité du cadre de santé des urgences.

- Une société prestataire pour les locaux de la psychiatrie et les locaux communs du site de Rives de l'Indre.

Les produits et matériels d'entretien des locaux sont prévus, en lien avec le service achat. La traçabilité du bio-nettoyage dans tous les secteurs d'activité est organisée.

L'information des patients et de leur entourage est organisée au travers du livret d'accueil.

Des plaquettes d'information sont prévues pour l'information des patients placés en précautions complémentaires en hygiène et pour la préparation des opérés.

Les équipements sont prévus : Solutés Hydro-Alcooliques (SHA), équipements de protection individuelle pour les professionnels (masques, lunettes, surblouses en tissu et à usage unique, gants, tabliers à usage unique...), matériels sécurisés pour les gestes invasifs : stylos à insuline, aiguilles de Huber, aiguilles pour gaz du sang, ailettes pour ponction veineuse, collecteurs pour objets perforants...).

Les interfaces et les circuits sont définis entre les services cliniques, médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire) et logistiques (linge, déchets, services techniques et achats, société prestataire de bio nettoyage) pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. L'établissement organise des partenariats externes (CPIAS Région Centre, ARS, réseaux d'infectiologie).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels du processus gestion du risque infectieux sont déclinés dans les secteurs. Les professionnels sont sensibilisés aux risques liés à ce processus et associés à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Des actions de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques sont régulièrement menées auprès des professionnels par l'Equipe Opérationnelle en Hygiène, relayée par les référents en hygiène, lors des restitutions des résultats d'audits, participation à la semaine sécurité, journée hygiène des mains...

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des audits sont régulièrement menés (précautions complémentaires en hygiène, bio nettoyage des locaux au bloc opératoire, quick audit de l'hygiène des mains...).

Les professionnels sont informés de leurs résultats et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs.

L'EOH est présente dans les secteurs d'activité. Elle assure un rôle de conseil et d'accompagnement des équipes avec le soutien des référents en hygiène clairement identifiés et reconnus par leurs pairs.

L'établissement dispose d'expertises internes : le pharmacien et les deux infirmières hygiénistes sont titulaire d'un DU en hygiène. Le médecin référent en antibiotiques est titulaire d'un DU "Antibiologie et autres traitements anti-infectieux". Il assure un rôle de conseil diagnostique et thérapeutique auprès de ses pairs.

Une formation au bio nettoyage au profit des ASH est assurée en interne par l'EOH.

Des actions de sensibilisation des professionnels sont menées lors des journées hygiène et semaine sécurité. Les praticiens sont sensibilisés au bon usage des antibiotiques. Des rappels réguliers leurs sont faits en CME. Les aides-soignants en charge de la désinfection des endoscopes sont formés ou tutorés par leurs pairs.

Les ressources en matériels et équipements sont disponibles dans les secteurs d'activité : Solution Hydro-Alcoolique, matériels sécurisés pour les gestes invasifs, équipements de protection individuelle pour les professionnels, collecteurs pour objets perforants.... Un test est en cours au sein des urgences pour l'équipement de cathéters sécurisés pour les voies veineuses périphériques
Les professionnels disposent de tenues professionnelles adaptées.

Les procédures et protocoles pour la surveillance et la prévention du risque infectieux et l'hygiène des locaux sont diffusés via le logiciel de gestion documentaire (protocoles pour les gestes invasifs, préparation de l'opéré, précautions standard et complémentaires, bio nettoyage...)
Cependant, les procédures et protocoles de prévention du risque infectieux sont partiellement établis ou non actualisés.

L'établissement a rédigé plusieurs procédures et protocoles de prévention du risque infectieux. En revanche, certains manquent au regard de l'activité de l'établissement et d'autres ne sont pas à jour des dernières recommandations, notamment les précautions standard et complémentaires en hygiène. Concernant les précautions complémentaires en hygiène, des fiches mémo sont mises à disposition des professionnels. Ces fiches ne sont pas à jour non plus. De fait, les professionnels appliquent des mesures inadéquates (port d'une sur blouse en tissu à manches longues, circuit des déchets et du linge ...).

Plusieurs procédures et protocoles, dont les précautions standard et complémentaires, la gestion des excréta et la conduite à tenir à tenir en cas d'accident avec exposition au sang (AES), ont été actualisés ou rédigés par l'EOH depuis plusieurs mois mais ne sont pas validés par la cellule qualité, ce qui ne permet pas leur diffusion auprès des professionnels. La validation de ces documents a été réalisée en cours de visite.

Un guide et des protocoles de bon usage des antibiotiques sont diffusés à l'intention des prescripteurs.

Il existe une organisation pour la prise en charge et le suivi des AES connue des professionnels.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. Les circuits sont respectés dans les secteurs à risque (bloc, endoscopie, URC).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre dans les secteurs à risque (blocs opératoires, endoscopie, URC).

Cependant, la mise en œuvre des actions de prévention du risque infectieux dans les secteurs de soin est hétérogène. L'hygiène des mains, lors des soins est régulièrement promue par l'EOH et l'encadrement. Les professionnels ne portent pas de bijoux. L'usage de la solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains est privilégié. Pour autant, il reste des « idées reçues », certains professionnels privilégient le lavage des mains au savon, le considérant plus efficace. L'indicateur ICSHA relatif à la consommation en SHA confirmant ces pratiques, l'établissement a identifié le besoin de poursuivre la sensibilisation des professionnels au respect des bonnes pratiques hygiène des mains.

Lors des visites dans les services cliniques, certains infirmiers et aides-soignants rencontrés témoignent ne pas changer leur tenue professionnelle tous les jours, soit par manque de dotation, soit par peur de manquer ou par « habitude ».

Le port de tablier plastifié à usage unique lors des soins d'hygiène mouillants ou souillants, telles que le préconisent les précautions standard n'est pas intégré dans les pratiques dans tous les services.

Concernant les précautions complémentaires en hygiène, les professionnels appliquent les procédures en vigueur. Celles-ci n'étant pas en adéquation avec les recommandations, notamment concernant les BMR, les pratiques sont inadéquates.

La mise en place des précautions complémentaire fait l'objet d'une prescription médicale et d'une information de l'ensemble des professionnels, du patient et des visiteurs.

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans le dossier du patient est effective.

Les patients sont informés des actions mises en œuvre pour la lutte contre les infections associées aux soins via le livret d'accueil. Une information orale leur est délivrée en cas de mise en place des précautions complémentaires et pour la préparation des opérés.

Une plaquette d'information est remise au patient par l'EOH. Aux urgences, lorsqu'une infection BMR est dépistée chez un patient, un courrier est adressé au médecin traitant et au patient accompagné d'une plaquette pour les informer des mesures à respecter.

Les bonnes pratiques d'hygiène des locaux sont mises en œuvre, en lien avec l'EOH.

La traçabilité de la surveillance environnementale est assurée : traçabilité du bio-nettoyage des locaux, carnet sanitaire, traçabilité de la surveillance de l'air au bloc opératoire, endoscopie et URC, prélèvements de surface...)
Cependant, le dispositif de prévention du risque infectieux issu des signalements n'est pas opérationnel.

Les praticiens et les paramédicaux ne se sont pas appropriés le dispositif de signalement des infections associées aux soins (IAS). Une procédure « signalement d'un cas d'infection en cours d'hospitalisation ou de séjour ou d'une maladie à déclaration obligatoire » définit les modalités de signalement d'une suspicion ou d'une infection associée aux soins avérée. Cette procédure prévoit que le praticien ou un professionnel paramédical signale, via une fiche transmise à la cellule qualité et à l'EOH, la suspicion d'une IAS. Si l'IAS est avérée, une analyse des causes profondes est réalisée pour mise en œuvre d'actions

correctives éventuelles, voire de signalement externe. Dans les faits, ce dispositif ne fonctionne pas, les praticiens et les paramédicaux n'effectuant pas des déclarations spontanées. Pour pallier ce défaut de signalement, l'EOH, informée quotidiennement par le laboratoire des bactériémies positives et des infections à bactéries multi résistantes, adresse la fiche de signalement au praticien à qui elle demande de valider si cette infection relève d'une suspicion d'IAS ou pas. Cette fiche reste souvent sans réponse. A défaut, les suspicions d'IAS sont comptabilisées par l'EOH comme infections associées aux soins identifiées alors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une analyse avec les acteurs concernés. Seule une RMM pour infection à SARM a été menée en 2017. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement lors de l'analyse des risques liés au processus.

Les interfaces sont opérationnelles, notamment avec la pharmacie et le laboratoire de bactériologie (alerte des praticiens et de l'EOH en cas de colonisation ou d'une infection par BMR, d'infection associée aux soins). Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques.

Cette évaluation est réalisée au travers des indicateurs nationaux des infections associées aux soins et d'indicateurs institutionnels (nombre d'infections associées aux soins déclarés en interne et en externe, conformité des prélèvements de surface et d'air, nombre de personnels formés à l'hygiène en secteur de soin, taux d'infections du site opératoire, taux de prévalence des patients sous anti-infectieux, suivi de la consommation des antibiotiques, de SHA, taux d'AES ...). Des audits sont menés (bio nettoyage des locaux au bloc opératoire, mise en œuvre des précautions complémentaires en hygiène, quick audit de l'hygiène des mains, audit sur les pratiques de désinfection des endoscopes, bonnes pratiques d'antibiothérapie en médecine...). L'établissement participe à des enquêtes de prévalence.

Un tableau de bord est en place, son suivi est assuré par l'EOH en lien avec la cellule qualité.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration (révisions et révisions de protocoles, mise en œuvre de formations obligatoires, bio nettoyage au bloc opératoire ...) sont mises en œuvre en lien avec les résultats obtenus avec l'implication des professionnels.

Elles sont intégrées dans le plan d'actions du processus et articulées avec le PAQSS et le compte qualité.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée auprès des instances et auprès des professionnels par le biais de l'encadrement et des référents en hygiène, de la diffusion des comptes rendus de réunion de l'EOH et de la CME, de l'affichage des résultats des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins.

Les usagers sont informés au travers de l'affichage des indicateurs nationaux au sein de l'établissement et de la communication des résultats en Commission des Usagers.

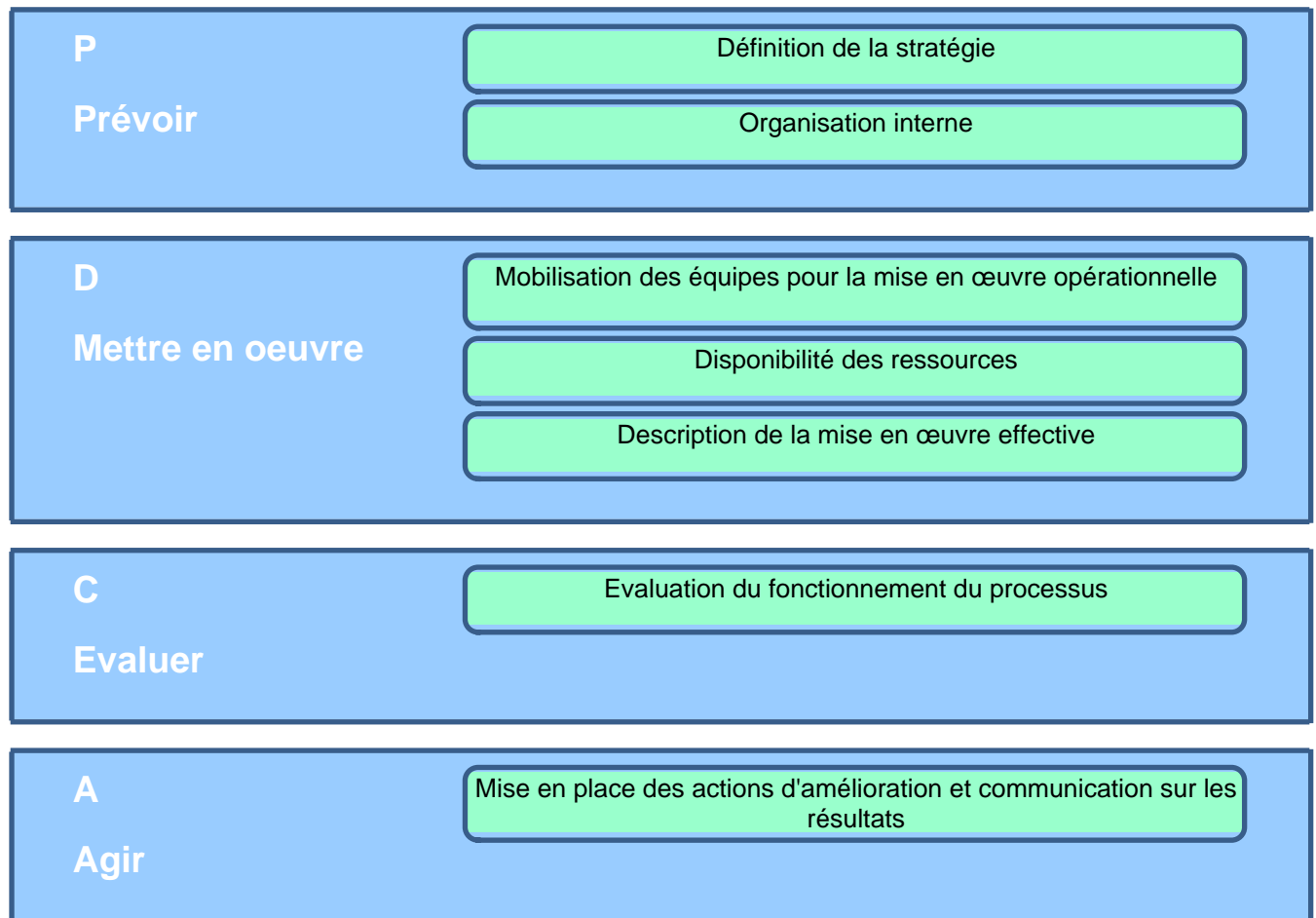
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits du patient est inscrit dans le projet d'établissement 2012 - 2016.
Le projet témoigne des valeurs qui fondent la prise en charge du patient, en termes d'écoute et de respect de la personne humaine.
Les orientations concernent en particulier l'information du patient et des usagers et la prise en compte des droits des patients en soins palliatifs.
En mai 2018, l'établissement a rédigé un document intitulé « Politique des droits du patient » ; document validé en CDU.
Ce document présenté aux experts lors de la visite donne une vision globale des engagements du CH de LOCHES et de la déclinaison du processus.
La politique confirme également le positionnement des usagers et de la CDU comme partenaires à part entière. La politique a été présentée en CME, en CTE et en conseil de surveillance.
La bientraitance du patient est évoquée dans le projet de soins et la mise en œuvre de la démarche est à venir.
Un groupe « Ethique » se réunit depuis 2013 en interne.
Une cartographie du processus a été réalisée en juin 2016 et a servi de base à l'identification des risques de l'admission à la sortie du patient.
Les risques prioritaires ont été retenus après identification des éléments de maîtrise et ont été intégrés, après hiérarchisation (grille de cotation HAS) le compte qualité.
Cette démarche a impliqué les professionnels participant au processus (IDE, AS, médecin pilote, responsable administratif...).Les plaintes et réclamations, les indicateurs IQSS, la loi du 4 avril 2002 relative aux droits du patient, les patients traceurs ont servi de base à l'analyse.
Le compte qualité est articulé avec le PAQS du processus et de l'établissement et comporte les éléments de suivis.
Le PAQS est présenté périodiquement en COPILQGDR, en CME et en CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par un médecin et un cadre administratif. Les fiches de postes ont été communiquées aux professionnels. Un groupe de travail composé d'aide soignante, d'infirmière, d'assistante sociale, accompagne le pilotage.
La CDU est en place depuis 2005 et fonctionne sur la base d'un règlement intérieur actualisé en décembre 2016.
Au regard des besoins et des risques, l'établissement prévoit les moyens à mettre en œuvre.
En termes de compétence, le copilote cadre administratif du processus a été formé aux droits du patient, en 2012.
L'établissement dispose d'assistantes sociales sur le site Paul Martinais et sur le SSR.
Le plan de formation comporte des actions pérennes sur les droits du patient.
Le respect des droits du patient est pris en compte dans l'architecture, les locaux et dans les dispositifs au service du patient et de ses handicaps sensoriels et moteurs.
La gestion documentaire informatisée comporte des protocoles pour les professionnels et des documents d'information pour le patient et les usagers.
Cependant les modalités de signalements des cas de maltraitance ne sont pas définies ni diffusées. La gestion documentaire ne comporte pas de recommandations sur les modalités de signalements. De ce fait la rencontre des professionnels témoigne de l'hétérogénéité des pratiques en termes d'identification et de signalement.
En visite, les professionnels « évoquent » la difficulté à qualifier la situation du patient et disent signaler la maltraitance sur une fiche d'EI, ou en informant le cadre de santé ou le responsable qualité pour suite à donner.
Le signalement est le plus souvent « ressenti » comme une responsabilité de la hiérarchie.
L'absence de modalités institutionnelles définies (identification, signalement, responsabilités ...) constitue une perte de chance potentielle pour les populations à risques accueillies (patients mineurs, majeurs protégés, handicapés, personne âgée notamment).
Le site intranet de l'établissement participe à l'information du patient et des usagers.
L'interface du processus avec les autres thématiques est organisée lors des rencontres du COPILGDR dans lequel siège l'ensemble des pilotes, copilotes et la direction.
Le système d'information participe au respect des droits comme en témoigne par exemple les indicateurs hôpital numérique sur la confidentialité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard des besoins et des risques, les responsables des différents secteurs de prise en charge s'assurent de la mise en œuvre des organisations.

Les cadres de santé organisent le déploiement des actions qualité sur leur secteur ce dont témoignent les professionnels rencontrés en médecine, chirurgie et psychiatrie ; actions de sensibilisation sur le recueil de la personne de confiance, sur le recueil des directives anticipées par exemple.

Les cadres de santé contrôlent majoritairement la mise en œuvre des bonnes pratiques lors de revues aléatoires de dossiers dans leur unité comme cela a été expliqué lors des rencontres.

Les professionnels sont également associés aux patients traceurs réalisés sur 2017 et 2018 et pour lesquels les droits des patients sont investigués (douleur, personne de confiance, dommage lié aux soins, informations, directives anticipées).

En 2018, la nouvelle direction qualité a organisé une réunion d'information qualité, par secteur sur le programme qualité et des résultats d'indicateurs des secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins et des risques, les responsables des différents secteurs de prise en charge s'assurent de la mise en œuvre des organisations.

Les procédures pour les professionnels et les documents d'information du patient sont disponibles dans la gestion documentaire. Les procédures concernent les conditions d'accueil du patient dans les secteurs d'hospitalisation, l'annonce d'un dommage lié aux soins, le traitement des plaintes et réclamations, l'accès du patient à son dossier par exemple.

Les documents d'information du patient sont à disposition dont le livret d'accueil actualisé avec la CDU. La charte du patient hospitalisé et la charte sur la laïcité sont affichées, de même que la composition des membres de la CDU. La gestion des plaintes et réclamations, la commission de conciliation est opérationnelle.

Les locaux respectent la confidentialité et l'intimité des patients.

Les professionnels disposent de matériel pour mettre en œuvre la confidentialité dans les chambres doubles et pour l'accueil des parents comme cela a été constaté sur le site Paul Martinais et le site du SSR. Les dispositifs sont mutualisés entre les unités de soins.

En termes de compétences les assistantes sociales en particulier sont présentes sur les 2 sites de l'établissement.

Les médiateurs médicaux et non médicaux sont en place et la commission de conciliation opérationnelle.

De même, le responsable qualité organise la gestion des plaintes et des réclamations en lien avec la direction.

Deux représentants des usagers siègent à la CDU.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil et l'information du patient est effective à l'admission comme le démontre les patients traceurs.

Le personnel remet et commente le livret d'accueil à l'arrivée du patient et l'invite à renseigner le questionnaire de satisfaction à la sortie.

La réflexion bénéfice risque est établie et tracée de façon systématique pour certaines prises en charge

L'accueil et l'information du patient est effective à l'admission comme le démontre les patients traceurs.

Le personnel remet et commente le livret d'accueil à l'arrivée du patient et l'invite à renseigner le questionnaire de satisfaction à la sortie.

La réflexion bénéfice risque est établie et tracée de façon systématique pour certaines prises en charge : chimiothérapie, transfusion sanguine, anesthésie et actes de chirurgie.

Le recueil du consentement éclairé, signé de la main du patient est conservé dans son dossier de soins.

Le patient est associé à son projet personnalisé comme cela a été constaté lors des patients traceurs et des rencontres en service (SSR, chirurgie, médecine et psychiatrie).

Les actions de prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre par les soignants ; accueil des parents d'enfants hospitalisés, mise en place de paravents dans les chambres à deux lits. Dans les secteurs comme le secteur de soins palliatifs l'accompagnement de l'entourage est effectif dans les situations qui le nécessitent. Au besoin, l'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de TOURS ou l'intervention de la psychologue sont sollicités.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, est pris en compte par les professionnels comme en témoignent les résultats des questionnaires de sortie pour l'ensemble de l'établissement.

La majorité des chambres sont individuelles et il existe dans les secteurs administratifs des lignes de confidentialité.

La contention est effectuée sur prescriptions médicales ainsi que le renouvellement : le suivi du patient est tracé.

La délivrance d'information est effectuée dans des lieux propices à l'écoute et au respect de la

confidentialité.

La gestion des plaintes et des réclamations est effective ; 51 plaintes ont été enregistrées et traitées en 2017.

La CDU se réunit et dispose des informations utiles pour suivre la mise en œuvre des droits du patient comme le confirme la rencontre des deux représentants des usagers, lors de la visite.

L'information du patient sur leurs droits et les missions de la CDU sont communiqués sur l'intranet, le livret d'accueil diffusé à l'admission et par voie d'affichage.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi du dispositif notamment à l'aide d'indicateurs ; indicateurs IQSS et indicateurs de satisfaction du patient suite aux enquêtes E Satis et aux questionnaires remis aux patients lors de la sortie.

Le processus est également évalué aux travers des patients traceurs.

L'établissement conduit une EPP sur la douleur.

Il n'y a pas eu de déclaration d' EI en 2017 et depuis le début de l'année 2018 et donc pas de CREX ou de RMM sur la thématique.

La communication aux professionnels est effective lors des réunions d'encadrement, par voie affichage, ou lors de réunion de service.

A / AGIR

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

L'établissement conduit des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus notamment suite aux enquêtes de satisfaction aux IQSS, aux patients traceurs.

Les 4 risques présentés dans le compte qualité ont donné lieu à des actions d'amélioration comme cela a été vu avec les experts en visite.

La CME a bénéficié d'une information en CME sur les dommages liés aux soins et d'une information en 2017 sur les directives anticipées.

La traçabilité du projet de soins personnalisé en SSR a fait l'objet d'une sensibilisation et un quick audit est programmé sur fin 2018.

La traçabilité de la personne de confiance a été introduite dans la macro cible « admission » sur le dossier patient.

La CDU est informé a périodicité de l'avancement du PAQS.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

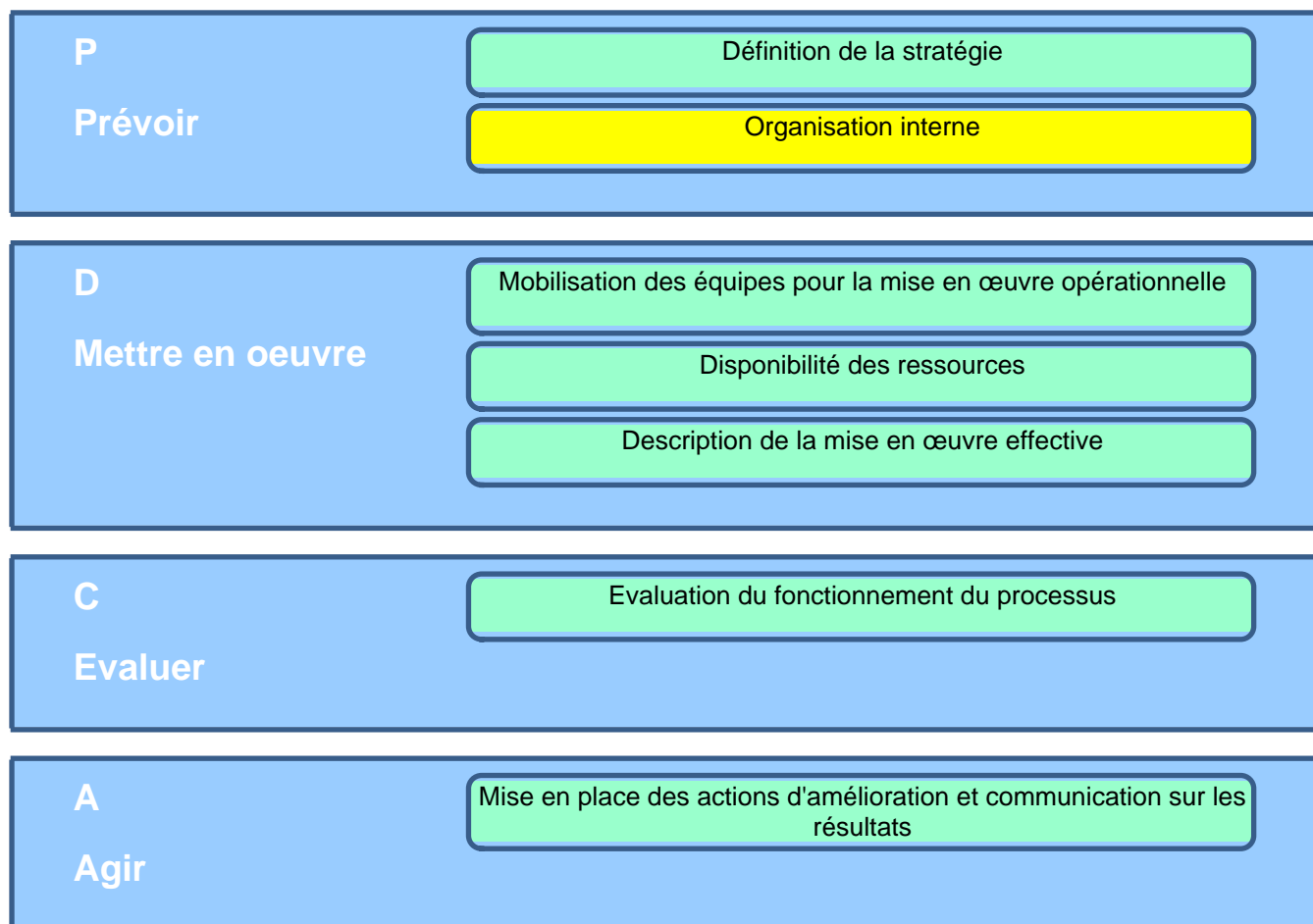
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2018-2022 du CH de LOCHES, en cours de rédaction, s'inscrit dans les orientations du projet médical partagé du GHT 37 dont le CHU de TOURS est l'établissement support et dans celles du nouveau PRS d'Indre et Loire.

Le projet d'établissement du CH de LOCHES vise à conforter la place du CH sur son territoire, positionné depuis 2013 au côté de ses partenaires de santé et des acteurs de ville dans le cadre d'un contrat local de santé (contrat de 2° génération) qui engage à poursuivre, par ailleurs la coordination locale sur la santé mentale.

Le CH de Loches est impliqué dans une analyse de ses missions et de ses risques, au niveau GHT et au niveau local.

Dans le cadre du GHT un diagnostic stratégique réalisé entre les établissements participants, a permis dès 2015 de définir les orientations du projet médical partagé (conforter l'offre de proximité pour les établissements, garantir l'accès au plateau technique, poursuivre le développement de l'ambulatoire...) avec notamment la participation des présidents de CME et des directions d'établissements.

Les professionnels du CH de LOCHES ont, depuis, participé à l'identification des filières et des parcours de soins, au sein de groupes de travail pluri-professionnels, sur des thématiques retenues par la direction comme prioritaires : santé mentale, ambulatoire, pied diabétique, AVC et gériatrie par exemple. La méthodologie a été impulsée par le CHU de TOURS.

Les travaux du projet médical partagé ont été présentés aux instances du GHT et du CH de LOCHES dès 2016.

Sur le site de LOCHES, une cartographie du processus parcours, a permis de retenir avec les acteurs des secteurs d'activité (Médecine, SSR, santé mentale, chirurgie ...), les risques prioritaires, après identification des éléments de maîtrise.

Les IQSS, les EI, les RMM et CREX, les PAT ont contribué à l'analyse.

Les risques, identifiés par type de prise en charge (PEC) et cotés selon la méthode HAS, ont structuré le compte qualité, intégré au PAQSS du processus et de l'établissement.

L'établissement a identifié 17 risques sur l'ensemble des PEC et établis 14 plans d'action. Le programme a été présenté aux instances locales ; CDU, CME, COPILGDR en particulier.

Le système d'information participe à la mise en œuvre du processus.

Des circuits et interfaces sont en place : partage des informations dans le cadre de l'imagerie (projet régional), de la biologie délocalisée avec le CHU de TOURS, du dépôt de sang en lien avec l'EFS, et avec les secteurs d'aval par l'intermédiaire du logiciel de disponibilité des lits en EHPAD et maisons de retraites.

Des interfaces sont organisées entre les différents processus lors des réunions du COPIL QGDR auxquelles participent l'ensemble des pilotes de secteur, la direction et le RAQ.

Il existe des référents hygiène et douleur dans l'ensemble des secteurs.

Les circuits des déchets, du linge, des transports répondent à une organisation coordonnée au niveau établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié une organisation pour piloter le processus

Le pilotage stratégique est porté par le directeur du CH de Loches, la présidente de CME, la direction des soins qui assurent ainsi la continuité de la stratégie entre le GHT et l'établissement.

La direction des soins / directrice qualité renforce ce dispositif et assure la coordination du processus avec l'appui d'un binôme médecin et cadre de santé par secteur d'activité (médecine, chirurgie, psychiatrie, SSR). Une lettre de mission a été diffusée à ces professionnels.

Au regard de ses besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, documentaires et matérielles nécessaires.

Le recrutement médical, accompagne le maintien des activités et la mise en œuvre des nouvelles organisations ; l'ensemble des chirurgiens (hors orthopédie) par exemple est en temps partagé soit avec le secteur libéral soit avec le CHRU de TOURS.

Le CH a recours à l'équipe mobile de soins palliatifs du CHRU de TOURS et à l'équipe mobile Alzheimer du département, par convention. L'établissement dispose d'un temps dédié infirmier sur des consultations de malades diabétiques, de professionnels de rééducation en particulier sur le site du SSR (kinésithérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, diététicienne...) et d'une consultation tabac. Le plan de formation accompagne le développement de compétences spécifiques.

L'établissement dispose d'un système informatisé de gestion documentaire qui intègre des documents d'information du patient et des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels soignants et médicaux.

Cependant l'établissement n'organise pas totalement, à ce jour, la coordination des professionnels autour de la prise en charge nutritionnelle en lien avec le CLAN ou son équivalent. Les indicateurs TDN 1

sur le SSR et TDN 3 sur le MCO pour la campagne 2016 non favorables à l'établissement n'ont pas été retenus comme risque prioritaire dans le CQ.

Le SSR dispose d'un support d'identification du risque de fausse route. Ce document présenté récemment à l'encadrement, n'a pas été approprié par les secteurs de médecine, de chirurgie et de psychiatrie au jour de la visite (support travaillées au SSR).

L'établissement disposait d'un CLAN dont les réunions se sont arrêtées en 2013 suite au départ du médecin référent et la communauté médicale ne s'est pas emparée de la thématique collectivement.

L'absence de pilotage institutionnel nuit à l'harmonisation des pratiques en termes de dépistage, d'éducation à la santé, de prise en charge et d'évaluation globale du dispositif, faisant courir à terme un risque de perte de chance au patient.

De même, le dispositif d'identification des patients à risques suicidaire est partiellement organisé.

Le dispositif d'identification des patients à risques suicidaire est partiellement organisé. Le risque suicidaire est renseigné dans un onglet du DPAI intitulé " état émotionnel du patient". Les experts n'ont pas trouvé dans la gestion documentaire l'explication de cet item qui n'est pas "parlant" au regard et lors de la visite, l'établissement a apporté une modification et en ajoutant le terme "risque suicidaire" dans l'onglet. Les professionnels ne disposent pas de recommandations pour le dépistage des patients à risque fondés sur des recommandations de bonnes pratiques, alors que l'établissement accueille des mineurs, des majeurs protégés, des personnes âgées, des personnes porteuses de handicap..... Le plan de formation ne prévoit pas de mise à jour des compétences dans ce domaine. La traçabilité du risque n'a pas été retrouvé dans tous les patients traceurs et l'établissement ne réalise pas d'évaluation. Le manque ou le retard du dépistage par les professionnels constituent une perte de chance potentielle pour le patient.

Un plan d'équipement est organisé annuellement à partir des besoins identifiés par secteur et priorisés au sein d'une commission des achats.

La maintenance préventive est coordonnée entre l'encadrement de santé et une gestionnaire achat coordinatrice de maintenance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes du CH sont mobilisées par le management interne compte tenu des risques et des enjeux de chaque secteur comme en témoignent les rencontres des professionnels des unités de soins (médecine, SSR, chirurgie, Psychiatrie).

Le PAQS est décliné par secteur d'activité avec les professionnels.

Les professionnels sont impliqués de façon pluridisciplinaire, à la réalisation de patients traceurs : 10 ont été réalisés en 2017 et 9 en 2018. Les professionnels sont également sensibilisés à la déclaration des EI.

En 2017, 70 évènements ont été déclarés dans la rubrique « organisation et coordination des soins » ce qui correspond à 13, 4 % des signalements.

Le personnel est par ailleurs associé aux RMM, et aux CREX réactivés récemment et mis en œuvre de façon transversale.

Les professionnels sont particulièrement attentifs à la diffusion du questionnaire de satisfaction lors de la sortie du patient comme en témoigne le taux moyen de retour sur le SSR, Médecine, chirurgie et HDJ, calculé annuellement (31 % sur 2016) et les rencontres de service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matérielles et documentation sont disponibles.

L'organisation interne assure l'adéquation des compétences aux besoins de la prise en charge au niveau médical et paramédical et médico-technique.

La permanence des soins est organisée 24 h sur 24 et les tableaux de garde et astreinte sont affichés. Les professionnels disposent également des tableaux de présences des praticiens. La permanence des soins est renforcée par ailleurs par la maison médicale installée au sein des urgences.

La gestion documentaire est disponible sur le site intranet du CH. Les professionnels disposent de protocoles de bonnes pratiques cliniques et medico-techniques (accueil du patient dans les différentes unités, prise en charge d'un AVC, de guide de bonnes pratiques des prélèvements sanguins du CH de TOURS...) et des recommandations des instances locales comme la CODOULSPA (douleur et soins palliatifs).

Les documents disponibles pour le patient, concernent des consignes de surveillance postopératoires par exemple ou d'information, issues de sociétés savantes (intervention chirurgicale...).

Les documents consultés par les experts durant la visite sont actualisés.

Les plans de formation 2017 et 2018 consultés en visite comportent les formations obligatoires ou rendues obligatoires sur les enjeux d'établissement : AFGSU, formation sur le diabète, la gestion du dépôt le sang, la PEC de l'AVC, troubles de la déglutition...

Les secteurs rencontrés disposent des équipements utiles à la prise en charge et la commission achat est opérationnelle.

Les différents secteurs disposent d'équipements pour la PEC des urgences vitales (chariot d'urgence, ou

sac d'urgence, et défibrillateurs selon les secteurs).

Les locaux sont adaptés à la PEC des patients, à l'accueil des familles et des parents d'enfants mineurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations.

Les professionnels accueillent le patient et commentent le livret d'accueil, conformément à la procédure. La prise en charge du patient est effectuée dans tous les secteurs à partir d'une évaluation initiale établie lors de la consultation du chirurgien et de l'anesthésiste, lors de l'admission sur le secteur de médecine ou de psychiatrie ou à l'aide des données transmises dans le logiciel de disponibilité des lits en EHPAD et maisons de retraites pour les malades arrivant aux SSR.

Les professionnels médecins, paramédicaux, medico-techniques actualisent les données du patient durant le séjour et renseignent le projet personnalisé de soins en concertation avec le patient ou son représentant (famille, personne de confiance) comme cela a été vu lors des patients traceurs.

Les patients des soins palliatifs, du SSR et de la psychiatrie bénéficient d'une réévaluation pluridisciplinaire lors de staff journalier ou périodique.

Les professionnels organisent des actions d'éducation en santé (lors de différents ateliers en psychiatrie, ou lors des consultations par l'IDE en diabétologie).

L'équipe mobile Alzheimer départementale participe également à l'éducation en santé des patients.

Le développement de l'éducation thérapeutique est en projet.

La prise en charge des populations spécifiques est accompagnée par l'assistante sociale au cœur des articulations entre les partenaires ; mise en place des aides à domicile, lien avec la justice, la MDPH, les partenaires du territoire, dépistage des risques patients pour les personnes de plus de 75 ans dans le cadre du projet PAERPA, gestion des lits de repli du dispositif ...

Les patients alcooliques sont pris en charge en coordination avec le centre de soins et d'accompagnement en addictologie et l'équipe de liaison en addictologie après les cures de sevrage.

Pour les malades en HDJ de psychiatrie, le bilan somatique est suivi avec le médecin traitant auquel le psychiatre de LOCHES adresse un courrier systématiquement tous les 6 mois.

Il existe une consultation tabac sur l'établissement.

La sortie du patient est coordonnée avec les partenaires de ville, les institutions, le SSIAD, l'HAD, le CHRU de TOURS, la participation active du service social et les documents de sortie sont remis pour la continuité des soins. Les articulations pour la sortie du patient sur les soins de suite sont établies à partir du logiciel de disponibilité des lits en EHPAD et maisons de retraites comme cela a été constaté en visite.

La permanence de soins est effective en médecine, chirurgie, radiologie et pharmacie : le tableau est communiqué et actualisé par la direction sur l'intranet.

Les professionnels rencontrés connaissent et mettent en œuvre le dispositif d'UV ; la traçabilité des DM est assurée comme cela a été constaté en visite.

Les formations AFGSU sont effectives comme l'atteste le plan de formation 2017 par exemple.

Le dépistage des troubles nutritionnels (IMC) a été retrouvé lors des patients traceurs. Les professionnels organisent la prise en charge nutritionnelle autour de différentes actions : éducation à la santé lors de consultation ou d'atelier, fiche de suivi des apports, prescriptions de complément alimentaires par le médecin à partir du bilan sanguin, consultations par les diététiciennes.

L'hôpital de jour gériatrique établit un bilan nutritionnel lors des évaluations de patient.

Les diététiciennes mettent en œuvre des formations sur les troubles de la déglutition.

La commission des menus se réunit régulièrement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateur.

L'établissement recueille les indicateurs IQSS (TDP, TDN, AVC, QLS ...).

L'établissement s'est appuyé pour préparer sa certification V2014 plus sur la méthode des patients traceurs que sur celle des EPP. Dix neuf patients traceurs ont été effectués depuis 2017 sur l'ensemble des PEC (prise en charge d'une PTH, d'une chimio-digestive, d'une pneumopathie...)

Les EPP relatives au parcours patient sont peu nombreuses (EPP sur la prise en charge des plaies en 2011, EPP sur les bonnes pratiques au travers d'audit sur la transfusion sanguine en 2012)

La démarche RMM et CREX est mise en œuvre lorsque cela le nécessite et le dispositif (pérennité de l'analyse des EI en CREX et RMM est évalué dans le cadre d'une EPP.

La satisfaction des patients est recueillie lors des enquêtes E satis et au travers des questionnaires de sortie qui interrogent des critères du parcours patient.

Les indicateurs IQSS, sont commentés par l'encadrement, de même que les enquêtes E satis et l'analyse des questionnaires des sorties

La communication des résultats est faite aux patients par voie d'affichage, dans le livret d'accueil et en CDU.

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

L'établissement conduit des actions d'améliorations suite aux évaluations.

Le Compte Qualité établi par secteurs d'activité, a donné lieu majoritairement à des actions d'améliorations comme cela a été évalué avec les pilotes durant la visite.

Les IQSS conduisent à des actions d'améliorations notamment dans le cadre du Compte Qualité.

Un bilan des actions conduites par les secrétariats médicaux après la campagne 2016 a été présenté dans la gestion documentaire concernant notamment le courrier de sortie et les différents courriers intermédiaires. Les patients traceurs conduits depuis 2017 ont donné lieu à des actions d'amélioration, là aussi évoquées avec les professionnels durant la visite.

De même des actions de sensibilisations ont été conduites suite aux résultats de l'indicateur AVC sur la mise en œuvre d'une « fiche de suivi AVC » établie en 2015.

La communication des actions se fait auprès des professionnels dans le journal interne et auprès des usagers à l'occasion d'organisation événementielle.

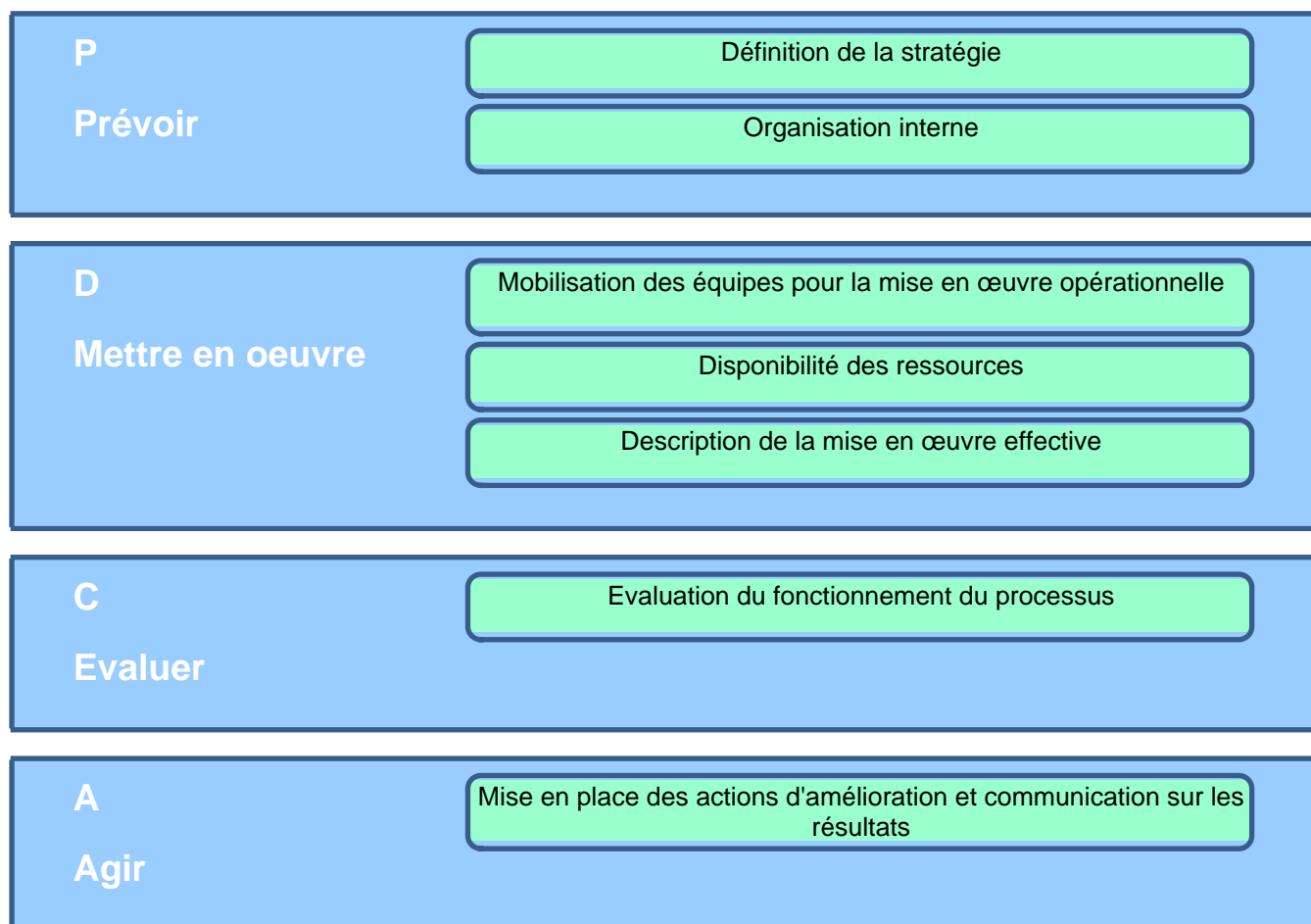
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de LOCHES appartient au GHT Touraine Val de Loire qui a notamment retenu comme thématique commune le dossier du patient et système d'information.

Le Centre Hospitalier de LOCHES a défini une politique du dossier patient 2018-2021 qui a été validée par les instances en juin 2018. Cette politique comprend 3 axes prioritaires (identitovigilance, supports du dossier patient, convergence vers un DPI unique dans le cadre du GHT).

A partir de la carte d'identité du processus décrivant le processus et les sous-processus, le service a élaboré une cartographie des risques. Celle-ci a servi de base à la réalisation du Compte Qualité. Les indicateurs nationaux relatifs à la tenue du dossier patient et les évaluations internes (EI, délais d'accès au dossier, patients traceurs) ont également alimenté l'analyse de risques. Le compte qualité a retenu 4 risques au niveau du GHT et 2 risques au niveau du Centre Hospitalier de LOCHES : il comporte 7 plans d'actions dont 4 relevant du GHT. Les actions relevant du niveau GHT ont été intégrés dans le schéma directeur du système d'information GHT en avril 2018. Ces plans d'action, inscrits dans le PAQSS, comportent les éléments structurants attendus (date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...).

Une réflexion sur le système d'information et sur le dossier patient est menée actuellement à plusieurs niveaux (GHT 37 et Région Centre Val de Loire).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion du dossier patient est organisée de façon pérenne : depuis 2005 un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué (médecin DIM, responsable informatique, responsable des admissions, cadre de santé, TIM, adjoint administratif). Ce groupe de travail a élaboré le Compte Qualité de la thématique Dossier Patient (identification des risques et élaboration des plans d'action).

Une cellule de veille sur les risques informatiques et d'identitovigilance (CRII) est en place, conformément à la réglementation, pour relever et signaler les incidents graves de sécurité du système d'information.

L'établissement s'est organisé pour disposer d'un dossier patient unique qui est, à ce jour, en partie informatisé et en partie papier.

le dossier patient unique comprend des données « patients » (identité du patient partie administrative), des données « venues » (composants rattachés aux passages du patient aux Urgences, en consultations externes ou en hospitalisations), des données « Suivi » (composants du DPI (circuit du médicament, plan de soins, transmissions ciblées, gestion des RDV, biologie médicale, transfusion, imagerie, gestion du bloc opératoire, etc...).

L'informatisation du dossier patient est organisée à partir d'un logiciel d'admission et de facturation et d'un logiciel de prescription médicamenteuse qui comporte certains modules pour le dossier patient. Ce dossier est informatisé dans tous les services pour prescription médicamenteuse et pour certains éléments du dossier patient comme le plan de soins : la fonction bureautique est utilisée de manière généralisée. Les observations médicales ne sont pas à ce jour informatisées.

Le dossier patient papier est un dossier patient unique contenant l'ensemble des séjours du patient au centre hospitalier de Loches (passages externes et hospitalisations). Il a été conservé deux dossiers de spécialités pour répondre aux besoins spécifiques de 2 services en termes de flux et de confidentialité (Unité des Urgences, Unité de Psychiatrie). Le dossier patient en Psychiatrie est conservé à part, selon décision de la CME : en effet, suite à une réflexion bénéfique /risques pour le patient de psychiatrie (Hôpital de jour, CMP, CATTP), l'établissement a décidé de ne pas communiquer aux autres services les observations médicales du patient en psychiatrie. La réflexion commune menée au niveau du GHT sur le système d'information et du dossier patient devrait permettre d'adopter un dossier patient offrant le maximum de sécurité en termes de confidentialité ; dossier qui serait alors utilisé par les structures de psychiatrie du CH de LOCHES.

Plusieurs documents définissent les règles de constitution, de tenue, d'archivage et d'accès au dossier patient comme par exemple l'habilitation des professionnels dans le respect de leur profil métier, l'identification des personnes référentes pour assurer l'accès au dossier patient dans le respect des délais définis (procédure relative à la création du dossier administratif du patient, création et utilisation du DMP en court et moyen séjour, règlement intérieur et fonctionnement des archives médicales etc...).

La gestion des archives est assurée par un service placé sous la responsabilité du bureau des admissions : ce service dispose d'un logiciel pour gérer les archives (demande, retour, positionnement des dossiers...).

L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est organisé.

Des formations pour la gestion du dossier patient et des archives sont organisées.

Le dispositif de gestion documentaire, en place sur l'intranet de l'établissement, comporte des procédures, des fiches techniques et des formulaires. Dans le cadre du dossier informatisé, des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues.

La direction du SI et les prestataires externes assurent la maintenance des logiciels et matériels

nécessaires au bon fonctionnement du dossier patient informatisé.
Les circuits sont définis entre le moment de la création du dossier patient et son archivage, et entre les différents secteurs de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières lors des transmissions soignantes).

La communication et la sensibilisation sont assurées au travers de plusieurs dispositifs mis en œuvre de façon régulière ou ponctuelle suivant les besoins comme par exemple les réunions des comités de pilotage des différents logiciels, l'envoi de mails vers les listes de diffusion « cadres », « médecins », l'affichage des indicateurs IPAQSS dans les points de passage (points d'entrée), la diffusion d'information au sein des différentes instances du Centre Hospitalier et la diffusion de la « Charte pour le bon usage de l'informatique et des réseaux » auprès de tous les professionnels de santé intervenant dans l'établissement, qui doit être signée par chaque professionnel.

Les campagnes IPAQSS sur la tenue du dossier patient et la réalisation de patient traceur contribuent aussi à cette sensibilisation : des binômes voire trinômes de professionnels (aide-soignant, IDE, Cadre et médecin) mènent ces campagnes.

Des référents métiers par logiciel sont présents dans les services.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Pour accéder au DPI, les professionnels disposent d'un login et d'un mot de passe qui doivent être modifiés tous les 3 mois.

Des audits portant sur certains items du dossier patient sont menées régulièrement dans les services : selon les résultats, des actions correctives sont identifiées et réalisées.

Les actions d'amélioration sur le logiciel « dossier patient » sont proposées par les référents logiciel des services et mises en œuvre en concertation avec les professionnels des services, avec le pilote et le copilote du groupe dossier patient, la pharmacienne et le responsable du système d'information.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont effectives dans les secteurs d'activité.

Les personnels médicaux sont formés par la pharmacienne et le médecin DIM.

Les personnels de remplacement reçoivent un code d'accès au dossier patient à leur arrivée.

L'information et la formation sur le dossier patient sont aussi assurées par le cadre, par le référent logiciel du service et par les pairs. Des guides et mémos d'utilisation des outils informatique du DPI sont mis à disposition sur l'intranet.

Une formation des internes aux outils informatique du DPI est organisée chaque semestre lors de leur arrivée. Des formations sont prévues dans le plan de formation.

L'accès au dossier patient par les professionnels est sous habilitation en fonction de leurs profils. Chaque professionnel signe la charte pour le bon usage de l'informatique et des réseaux.

La documentation est accessible sur l'intranet de l'établissement (GED informatisé).

La prescription médicamenteuse est informatisée dans tous les services : le logiciel d'aide à la prescription comporte des modules du dossier patient (compte rendu médicaux, résultats biologiques...).

L'archivage des dossiers patients informatisés se fait sur un serveur. Les archives papier de l'établissement sont réparties sur deux sites (archives actives sur le site principal et archives passives sur le site SSR EHPAD). Ces locaux ne sont accessibles 24h/24 qu'aux seuls personnels autorisés : ils sont sécurisés (accès, sécurité incendie). Une sauvegarde informatique des données est faite à la fois sur les 2 serveurs et toutes les heures. En cas de panne informatique, les prescriptions et les plans de soins sont positionnés sur un poste de secours, présent dans chaque service, en format Pdf.

La maintenance des équipements informatiques est assurée par les informaticiens de l'établissement et des sociétés extérieures.

Les patients sont informés sur leurs droits d'accès à leur dossier et sur la durée de conservation des dossiers médicaux par différents supports (livret d'accueil, internet).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les services partagent un dossier patient unique. Ce dossier patient est informatisé pour la prescription médicamenteuse, pour l'imagerie, pour les comptes rendus, dossier administratif, consultations et pour le courrier. Un dossier papier est constitué pour toute admission : il comprend, selon l'avancée de l'informatisation du service, plusieurs documents papier comme par exemple le diagramme de soins, les autorisations signées par le patient, le dossier administratif, l'inventaire, lettres des correspondants externes, résultats ECG...

La pratique du scannage des documents non numérisés, internes ou externes, est peu développée à ce

jour.

Dans les services, un guide sur l'utilisation du logiciel d'aide à la prescription est à la disposition des personnels. En psychiatrie, un dossier papier témoin sert de référence à chaque infirmier, responsable de la tenue du dossier de ses patients.

Les dossiers archivés sont facilement accessibles dans le système d'information (dossiers numérisés) et dans les locaux des archives (même en dehors des heures d'ouverture pendant lesquelles peuvent accéder des personnels préalablement formés et habilités).

Le courrier de sortie ou lettre de liaison est rédigé manuellement sous Word en utilisant certaines données contenues dans le logiciel dossier patient : le courrier de sortie n'est pas, à ce jour, rédigé et édité automatiquement. Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, comme par exemple la procédure dégradée à mettre en œuvre en cas de panne.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile, dans le dossier du patient et la communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont assurées.

Le patient est informé de ses droits d'accès à son dossier patient par le livret d'accueil de l'établissement. Le traitement des demandes respecte la procédure. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement, notamment à l'aide d'indicateurs, l'évaluation de la gestion du dossier patient (suivi des IQSS nationaux, patients traceurs, audits sur les items de tenue du dossier patient), ainsi que l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients.

Différentes évaluations de pratiques sont menées afin d'évaluer le respect des procédures et protocoles internes. Il en est ainsi des audits de dossiers patients (audits réalisés en hôpital de jour en psychiatrie (un audit par an sur la tenue du dossier) ou programmés pour septembre 2018 (audit sur la lettre de liaison, audit sur le classement du dossier), mais aussi des « patients traceurs »). La méthode « patients traceurs » est régulièrement utilisée (10 en 2017 et 9 en 2018). De même, l'établissement réalise des audits de pratiques des professionnels (audits des traces des dossiers informatiques consultés).

Des fiches d'EI signalent les événements indésirables sur la thématique dossier patient (identitovigilance). L'analyse des FEI est faite par le Comité de revue des fiches d'évènement indésirables.

Le rapport d'activité de la CDU retrace la bilan et l'évaluation des demandes d'accès au dossier patient et des délais de réponse.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre à partir des évaluations réalisées dans les services (audits, CREX et Patient Traceurs), avec les professionnels utilisateurs du DPI et sur proposition de la CDU.

A titre d'exemple, l'étiquetage de toutes les pièces du dossier a été réalisé, le contenu des transmissions a été précisé.

Un tableau de suivi du PAQSS dossier patient comprend le suivi des actions d'amélioration pour le dossier patient et les patients traceurs, avec indication des modalités de suivi et avec l'état de réalisation de chaque action (dernière mise à jour fin mai 2018). Les plans d'action du CH de LOCHES, issus du compte qualité, sont finalisés ou en cours de réalisation.

La communication des résultats des actions d'évaluation (Audits, IQSS) est faite aux instances et aussi aux professionnels de façon orale par l'encadrement (réunion de service, réunion de cadres).

La CDU est informée des demandes de dossiers patients.

Les résultats des IQSS (scope santé) sont communiqués aux instances dont la CDU, aux professionnels et aux usagers (affichage dans certains lieux : hall d'entrée).

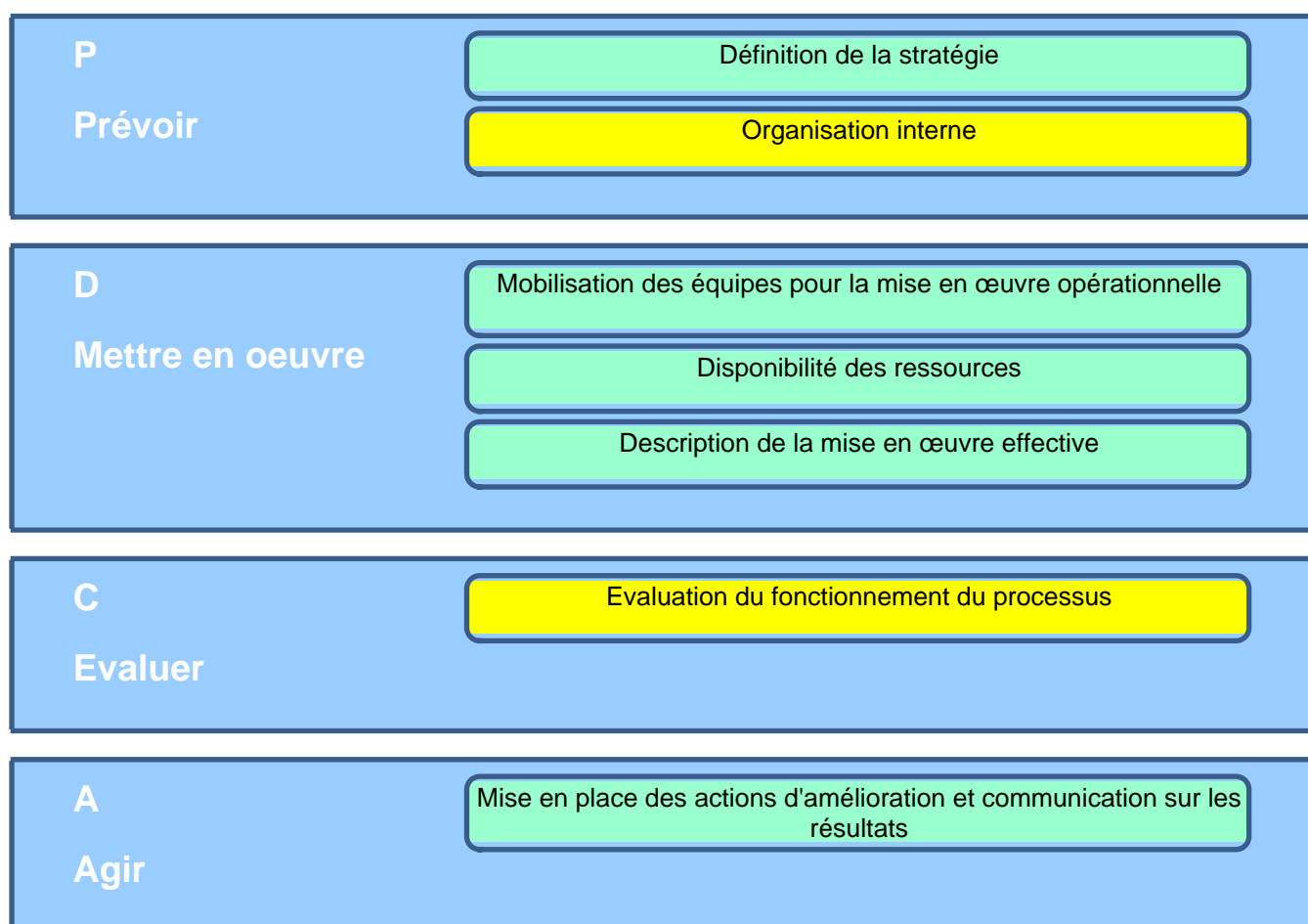
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Loches a défini une politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, élaborée sur la base d'une identification des risques et des besoins spécifiques à l'établissement. Cette stratégie est formalisée au travers d'une politique de la prise en charge médicamenteuse 2017-2021. Elle intègre notamment des dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des patients âgés.

La démarche d'identification des risques, réalisée pour chacune des étapes du circuit du médicament, a été effectuée par un groupe de travail pluridisciplinaire et conduite à partir de plusieurs sources de données : cartographie des risques a priori, évènements indésirables, réglementation et recommandations de bonnes pratiques, résultats d'audits et patients traceurs, contrat de bon usage...

La hiérarchisation des risques, établie à partir d'une méthode définie, a permis l'identification des priorités d'amélioration du processus "Prise en charge Médicamenteuse".

Cette stratégie, présentée aux instances et validée par la CME, est déclinée en objectifs et dans un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse formalisé et priorisé. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies : identification d'un responsable, échéances, modalités de suivi. Ce plan d'actions est articulé avec le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) et le compte qualité.

Le plan d'actions du processus est suivi par le pilote du processus en lien avec la cellule qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « Prise en charge Médicamenteuse » est assuré par une pharmacienne, présidente la CME, coordinatrice des risques associés aux soins et responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Il est copiloté par une cadre de santé. Leurs missions sont formalisées.

Un COMEDIMS est intégré dans la CME.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Un responsable du Management du Système de Management de la Prise en Charge Médicamenteuse est désigné. Ces missions sont définies.

Des infirmiers sont identifiés comme référent pharmacie dans quelques services soins et en anesthésie. Chaque service a pour référent un préparateur en pharmacie.

L'équipe de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est composée de deux pharmaciens (1,8 ETP) et de 4 préparateurs en pharmacie.

Les prescripteurs habilités sont identifiés.

Il est prévu et organisé des actions de sensibilisation et de formation des pharmaciens et des praticiens ainsi que des professionnels paramédicaux sur le circuit du médicament et à leur bon usage. Des formations sont organisées en interne sur le risque d'erreur médicamenteuse. La formation des préparateurs en pharmacie à la préparation des cytotoxiques est organisée.

La formation des praticiens et des infirmiers à l'utilisation du logiciel de prescription est prévue.

Des procédures et protocoles sont diffusés dans les unités de soins via la base documentaire dématérialisée. Il existe des règles et des supports de prescriptions validés par les prescripteurs.

Des supports d'enregistrement sont prévus : support informatisé unique de prescription-validation de l'administration, traçabilité de l'analyse pharmaceutique dans le logiciel, traçabilité de la surveillance des réfrigérateurs, contrôle des péremptions des armoires à pharmacie...

Cependant, le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse n'est que partiellement formalisé.

L'établissement n'a pas rédigé de manuel qualité pour formaliser le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse tel que le mentionne l'arrêté du 6 avril 2011.

Il existe une procédure « circuit du médicament » qui décrit de manière sommaire quelques étapes du processus. Les règles de prescription et d'administration ne sont notamment pas décrites. La gestion du traitement personnel du patient n'est formalisée que pour sa sortie. En cours de visite, l'établissement a présenté un manuel qualité qui devra être validé par les instances. Il a initié la rédaction de procédures manquantes ou incomplètes, notamment la gestion du traitement personnel.

Une organisation prévoit l'approvisionnement des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI.

La continuité du traitement médicamenteux du patient, depuis l'admission jusqu'à la sortie est organisée. La conciliation médicamenteuse est initiée, notamment pour les patients hospitalisés en hôpital de jour gériatrique. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels.

Le livret d'accueil prévoit, pour les patients, des informations générales sur le bon usage des médicaments. Des supports d'information, en relais de l'information orale sont prévus notamment pour les pathologies chroniques et les anticoagulants oraux.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont organisées, y compris pour les médicaments à risque.

Les ressources matérielles, les locaux et les équipements au sein de l'établissement permettent de répondre et de mettre en œuvre les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

Le circuit du médicament est informatisé pour l'ensemble des lits de l'établissement.

Des ordinateurs fixes et portables sont disponibles. Une organisation est prévue en cas de panne informatique. La Wi-Fi est déployée dans tous les secteurs d'activité. Une procédure dégradée définit les modalités d'accès aux prescriptions en cas de panne informatique.

Il existe des plans de maintenance, travaux et achats afin de répondre aux besoins en matériel et en équipements.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La collaboration et la coordination avec la PUI est effective.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont déclinés dans les services cliniques. Les pilotes du processus, assistés des cadres de santé, assurent la mise en œuvre du plan d'action d'amélioration au sein des services.

Des actions de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques sont régulièrement menées auprès des professionnels par les pharmaciens et l'encadrement, lors des formations et de la semaine sécurité, de la restitution des résultats d'audits et EPP...

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'établissement réalise des évaluations notamment au travers d'audits, d'EPP, de patients traceurs.

Les professionnels sont informés de leurs résultats et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats ou indicateurs.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse qui reste cependant faible. En cas d'événements graves, ils sont impliqués dans l'analyse de leurs causes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources est effective. Deux pharmaciens sont affectés à la PUI. Un d'entre eux est affecté à la validation et à la libération des poches de chimiothérapie préparées en Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC).

Dans certains services cliniques et en anesthésie, des infirmiers sont identifiés comme référents « pharmacie ». Ils assurent l'interface avec la PUI et relayent la mise en œuvre de la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie sont très présents dans les services de soins. Ils assurent l'entière gestion des armoires à pharmacie des services à l'exception des urgences, du bloc opératoire et de la psychiatrie.

L'établissement organise un partenariat avec des correspondants infectiologues du CHUR de Tours.

Des actions de formation pour les professionnels sont mises en œuvre : les préparateurs en pharmacie sont formés à la préparation et à la manipulation des cytotoxiques. Une formation, obligatoire, est dispensée par la pharmacienne sur les risques d'erreur médicamenteuse au profit des infirmiers et des préparateurs en pharmacie. Des actions de sensibilisation sont régulièrement menées auprès des équipes et lors des CME.

Les praticiens nouvellement affectés et les internes sont formés à l'utilisation du logiciel de prescription par un pharmacien. Les infirmiers sont accompagnés par leurs pairs.

Les documents et les outils d'aide à la prescription et à l'administration sont diffusés auprès des professionnels : banques de données sur les médicaments, guide des bonnes pratiques en antibiothérapie, liste des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus, recommandations pour l'écrasement des comprimés et ouverture de gélules...

Le logiciel comprend des aides à la prescription et à l'administration au regard de chaque médicament prescrit.

Le patient est informé sur le bon usage des médicaments au travers la remise du livret d'accueil. Des documents sur le bon usage des médicaments lui sont remis notamment dans le cadre de l'éducation des patients diabétiques, de l'oncologie et pour les patients sous anticoagulants oraux.

Les protocoles et procédures sont diffusés via le logiciel de gestion documentaire. Une liste des médicaments à risque, propre à l'activité de l'établissement, est affichée dans tous les postes de soin.

Des ordinateurs fixes et portables sont mis à disposition des professionnels dans les secteurs d'activité. La WIFI est déployée dans l'ensemble des services.

La PUI, les salles de soins, les armoires à pharmacie et les chariots d'urgence sont sécurisés. En dehors

de la présence d'un pharmacien, aucun professionnel n'est autorisé à entrer dans la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La continuité du traitement médicamenteux du patient est assurée, de l'admission jusqu'à la sortie. Dès l'admission, les praticiens s'enquêtent du traitement habituel du patient et le prescrivent dans le logiciel. Une conciliation médicamenteuse est réalisée au cas par cas dans les services cliniques et en hôpital de jour gériatrique. En chirurgie, la prise en charge des traitements personnels des patients est assurée par les médecins anesthésistes. Les prescriptions médicales sont conformes, la liste des prescripteurs habilités est formalisée.

Une alerte dans le logiciel de prescription informatisée rappelle aux praticiens la nécessité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure. Cette dernière est effective.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients est effective pour l'ensemble des lits et des ordonnances. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques et au dossier du patient.

La dispensation et le transport des médicaments vers les secteurs d'activité sont réalisés selon plusieurs modalités.

- Pour les lits d'hospitalisation complète, la dispensation des médicaments est nominative.

En SSR, les médicaments sont délivrés pour une durée initiale de 2 semaines puis de manière hebdomadaire. Les casiers nominatifs sont rangés dans une armoire sécurisée acheminée sur le site de Puy Gibault par un transporteur.

En médecine et chirurgie, les traitements sont préparés à la PUI dans des casiers nominatifs pour une durée de 7 jours. Le chariot sécurisé est acheminé dans les services par les pharmaciens ou les préparateurs en pharmacie.

- Concernant la dispensation des médicaments en dotations d'armoire pour les services cliniques, les urgences et l'anesthésie, situés sur le site des Rives de l'Indre, les médicaments sont préparés dans des caisses acheminées scellées par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. En médecine et chirurgie, ce sont eux qui procèdent à leur rangement dans les armoires à pharmacie. Les stupéfiants sont remis en main propre aux cadres de santé ou aux infirmiers.

Toutefois, les modalités de transport des médicaments en dotation de l'armoire à pharmacie et des stupéfiants pour le SSR ne sont pas sécurisées.

Situé sur le site Puy Gibault, les médicaments dispensés dans le cadre de la dotation de l'armoire à pharmacie du service de SSR sont acheminés en camion par un transporteur dans des caisses elles-mêmes déposées dans des rolls. Les caisses et les rolls ne sont pas scellés de manière systématique comme en a témoigné l'infirmière rencontrée au moment de la visite des experts visiteurs et l'a confirmée la pharmacienne. Les stupéfiants sont acheminés de la manière identique. Les caisses sont toujours scellées. En revanche, le roll ne l'est pas. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement lors de l'analyse des risques du processus. Une action d'amélioration a été immédiatement mise en place au cours de la visite.

La préparation des cytotoxiques est réalisée dans une URC sous la responsabilité d'un pharmacien et conforme aux exigences réglementaires et bonnes pratiques.

Il existe une organisation permettant un approvisionnement des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Aucun professionnel n'est autorisé à pénétrer dans la pharmacie en l'absence d'un pharmacien. Une astreinte pharmaceutique 24h/24 tous les jours de la semaine est en place pour répondre aux besoins urgents. Cette organisation est connue des professionnels.

Les règles de gestion, rangement et stockage des médicaments définies par l'établissement sont appliquées notamment les médicaments thermosensibles et les médicaments à risque.

Le stockage des médicaments à la PUI est organisé en Dénomination Commune Internationale (DCI). Dans les unités de soins, les médicaments sont stockés en DCI ou par leur nom de princeps. Les infirmiers ont accès aux équivalences sur le logiciel de prescription. La surveillance des réfrigérateurs de la PUI et des services est assurée et enregistrée. Un dispositif d'alerte est en place en cas de défaillance.

L'établissement a identifié les médicaments à risque au regard de son activité. Des modalités de sécurisation sont mises en œuvre depuis la PUI jusqu'à l'administration (règles de stockage et de délivrance, limitation des dosages pour certaines molécules...)

La gestion des armoires à pharmacie des unités de soins est assurée sous l'entière responsabilité de la PUI.

Les chariots d'urgence sont opérationnels et maintenus.

L'information et l'éducation des patients sur le bon usage des médicaments sont assurées oralement par les professionnels et au travers de documents qui lui sont remis pour l'accompagner dans la gestion et la compréhension de son traitement.

Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont appliquées. Les préparations per os et injectables répondent aux règles d'identitovigilance. Les médicaments per os sont identifiables jusqu'à leur administration. La traçabilité de l'administration des médicaments est assurée dans le dossier informatisé du patient en temps réel.

Cependant, la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas toujours conforme en pré-opératoire. En pré-opératoire, les médecins anesthésistes prescrivent les traitements et notamment les prémédications sur un dossier d'anesthésie papier ou informatisé. Une copie ou une édition papier du dossier d'anesthésie est transmise aux services.

En ambulatoire et dans le service de chirurgie pour les patients arrivant le matin de l'intervention, la prescription médicamenteuse n'étant pas réalisée sur le logiciel, les infirmiers valident l'administration des médicaments sur la fiche de liaison service-bloc sur laquelle ils retranscrivent la prescription. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement lors de l'analyse des risques du processus. L'établissement a immédiatement mis en place une action d'amélioration en cours de visite de certification.

Les observations réalisées lors des parcours des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit du processus.

Les circuits sont respectés et les interfaces sont opérationnelles. La collaboration et la coordination avec la PUI et les secteurs de soin sont effectives.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus « prise en charge médicamenteuse » au travers d'indicateurs, d'audits (audit des bacs patient nominatif, prescription des médicaments inappropriés chez le patient âgé, prescription des IPP chez le patient âgé), de patients traceurs, du rapport d'étape du contrat de bon usage des médicaments. Cependant, le dispositif d'évaluation du fonctionnement du processus ne permet d'évaluer que partiellement la conformité des pratiques.

Le suivi des points critiques du circuit du médicament ne fait pas l'objet d'une surveillance particulière. L'établissement ne mène notamment pas d'audits ciblés sur la qualité de l'administration des médicaments per os et injectables.

A / AGIR

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

Suite aux résultats des évaluations et au suivi des indicateurs, les actions d'amélioration identifiées sont intégrées dans le plan d'actions du processus et articulées avec le PAQSS et le compte qualité. Elles sont mises en œuvre avec l'implication des professionnels associés dans la démarche d'amélioration continue du processus.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée auprès des instances et auprès des professionnels par le biais des pharmaciens, de l'encadrement, de la diffusion des comptes rendus de réunion de la CME, de l'affichage des résultats des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins. Les usagers sont informés au travers de l'affichage des indicateurs nationaux au sein de l'établissement et de la communication des résultats en commission des usagers.

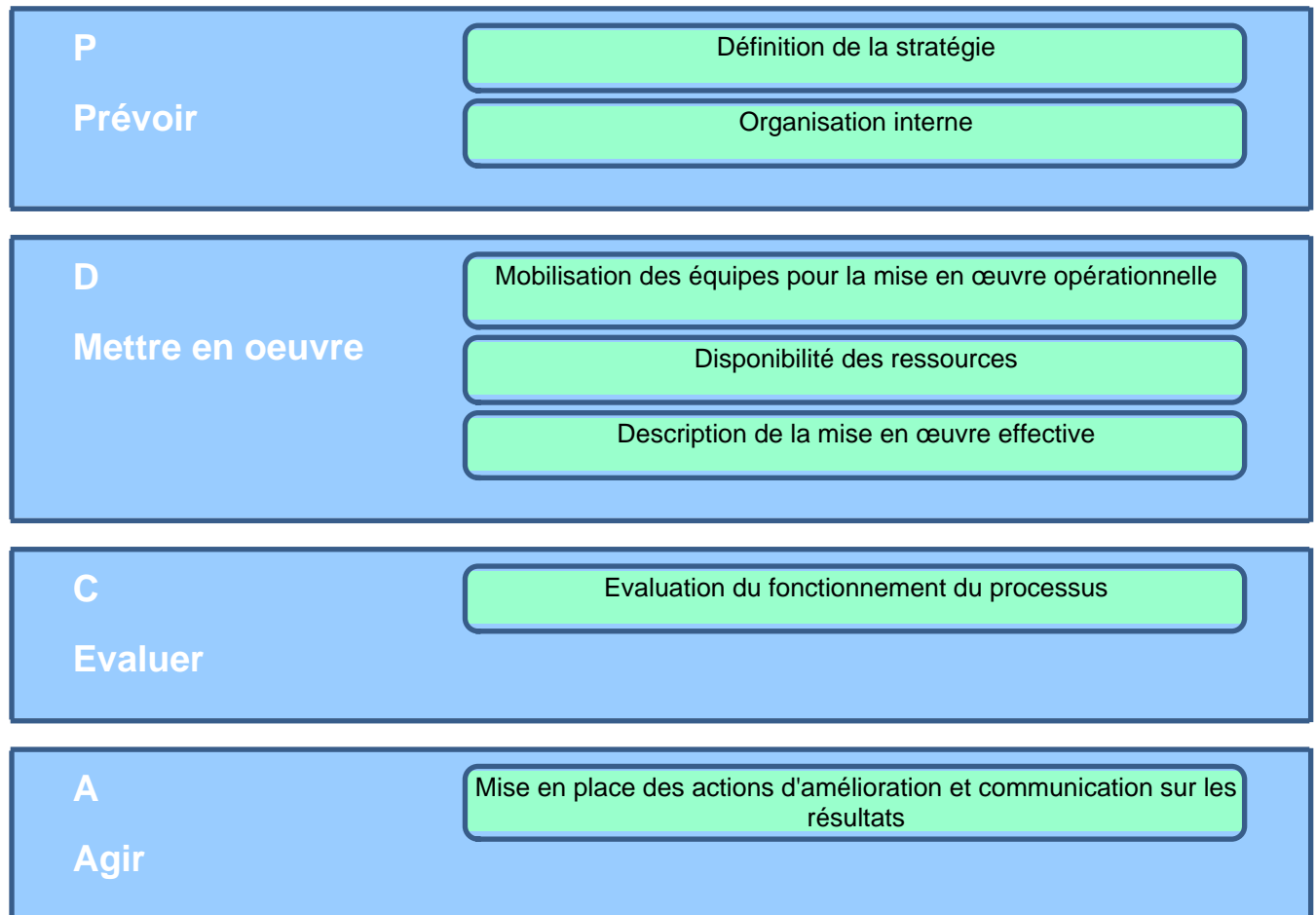
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose d'une activité de soins de médecine d'urgence : ce service autorisé comporte 6 box et 4 lits d'UHTCD. L'établissement est doté d'un SMUR et d'un hélicoptère dans l'hôpital : la régulation est assurée par le SAMU du département 37. Le SMUR est sous convention avec le CHU de TOURS.

Les orientations stratégiques du service des urgences sont formalisées dans :

- Le projet d'établissement 2012-2016
- Le CPOM 2012-2016
- Le projet de service (janvier 2018)

La prise en charge des urgences est établie en fonction d'une évaluation structurée des risques : à partir de la carte d'identité du processus décrivant le processus et les sous processus le service a élaboré une cartographie des risques. Celle-ci a servi de base à la réalisation du Compte Qualité. Les plans de crise (plan blanc et ses annexes, NRBC, Plan Bleu, EBOLA) ont également alimenté l'analyse de risques.

Le compte qualité Urgences, élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, a priorisé 3 risques et 5 actions d'amélioration ont été programmées : ces actions comportent les éléments structurants attendus (date de début, échéance, modalités de suivi, nom du référent responsable...).

Les actions contenues dans le Compte Qualité ont été validées par le Comité Qualité et gestion des risques opérationnel, fin 2017.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (infirmière d'accueil et d'orientation, médecins urgentistes) et dans la planification des tâches (IDE, IAO) pour chaque secteur du service des urgences. Les missions du pilote et du co-pilote de la thématique ont été définies.

Les différents secteurs de prise en charge des urgences sont identifiés et les circuits de prise en charge définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (accueil, circuit long ou court, salle urgences vitales, lits UHTCD). Des protocoles définissent les parcours du patient admis au service des urgences (malades couchés ou valides).

Cependant, l'offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins n'est pas à ce jour formalisée ni tracée. L'établissement accueille directement dans les services hospitaliers des patients provenant de l'extérieur et adressés par des médecins de ville ou des services des centres hospitaliers avoisinants, après entente orale entre praticiens (exemple admission directe d'un patient de post réanimation du CHU de TOURS en service de médecine, admission directe d'un patient de ville en service de médecine (gastrologie)). Ces pratiques ne sont pas formalisées donc méconnues et non tracées. L'établissement travaille actuellement sur la structuration d'une filière gériatrique sur le Sud Lochois. Dans ce projet, sont évoqués l'engagement de pouvoir hospitaliser les résidents sous 48h ou 72h sans passage par les urgences sauf besoin du plateau technique et la demande d'accès à un numéro unique pour contact direct avec médecin (avis, hospitalisation). Des fiches détaillées décriront l'organisation mise en place et les engagements pris. L'organisation du service des urgences est connue par les acteurs du territoire de santé.

La gestion de crise est prévue par différents plans (plan blanc et ses annexes : NRBC, Plan Bleu, EBOLA).

La sécurité des biens et des personnes est organisée (plan de sécurisation d'établissement PSE- Septembre 2017). Une organisation permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel est en place. Le logiciel dossier patient permet de connaître la disponibilité en lits des services de chirurgie et de médecine. De plus, un point sur la disponibilité des lits de médecine est fait une fois par jour à midi.

Il existe un plan annuel de formation au niveau de l'établissement intégrant les besoins de professionnels des Urgences. Un dispositif structuré de gestion documentaire est organisé au niveau de l'établissement.

Le recours aux avis spécialisés est organisé en interne (liste des numéros des médecins et des services, consultations externes assurées dans l'établissement par des médecins intervenants dans de nombreuses disciplines), en externe (accès aux médecins de gardes des établissements hospitaliers avoisinants).

Des conventions sont passées avec des établissements de soins pour faciliter le ré-adressement ou l'accueil des patients en urgence (conventions avec le CHU de TOURS), pour la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie ou de la pédiatrie. Une maison médicale est installée dans le service des urgences (ouverture le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés en journée).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des plans d'actions propres au service des urgences résultant de la déclinaison du Compte qualité, de la cartographie des risques du service.

Les responsables médicaux et non médicaux du service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Des référents (hygiène, douleur, vigilance, logiciel d'aide à la prescription, tutorat...) sont nommés.

Le système de déclaration et de gestion des événements indésirables est connu des professionnels. Des actions d'évaluation et d'amélioration sont menées par les services d'urgence (Quick Audits, RMM, CREX). Les personnels sont informés des résultats par les staffs bihebdomadaires et les réunions de service.

Le plan blanc et ses fiches d'intervention ont été mis à jour récemment.

Des exercices de simulation du Plan blanc ont été réalisés au cours des dernières années.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les ressources humaines et compétences sont présentes 24h/24. Le maintien des compétences est assuré : les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients, à la gestion de l'agressivité et de la violence, à l'urgence vitale, à la conduite du véhicule SMUR, au risque NRBC et EBOLA. Les nouveaux arrivants sont accueillis par le cadre du service et bénéficient d'une période de formation dans le service d'urgence (période de tuilage). Les personnels des urgences participent à des exercices « Plan Blanc ».

La permanence médicale est assurée 7jours/7, 24h/24, par deux lignes de garde médicale en semaine et une ligne supplémentaire les Weekends à partir du samedi midi et les jours fériés (médecin de la maison médicale qui est intégrée dans le service des urgences).

Le personnel a accès à une documentation informatisée et dispose de documents pratiques sous forme papier (cahier de transmission...). Les procédures relatives, comme par exemple à l'accouchement aux urgences ou à la prise en charge pré-hospitalière d'un syndrome coronarien aiguë, sont actualisées. Le projet de service présente l'organisation générale des urgences.

L'état d'occupation des boxes et des chambres de l'UHTCD est suivi manuellement sur un tableau mural. Le temps d'attente, calculé à partir du logiciel dossier patient, est affiché en face de la salle d'attente.

Le service des urgences a été complètement réaménagé en 2008 : les locaux et d'équipements sont conformes à leur mission. Le risque infectieux est maîtrisé : un box et un circuit spécifique sont identifiés pour les patients porteurs d'une pathologie demandant un isolement ou susceptibles de l'être.

Le service des urgences dispose d'un laboratoire délocalisé in situ : les IDE et les médecins sont formés à la réalisation des actes de biologie urgents. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance : il peut être fait appel à un technicien référent et à une « hot line » en cas de besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des urgences mettent en œuvre les protocoles, procédures prévues pour la prise en charge des patients.

L'infirmière d'accueil et d'orientation procède au premier accueil et oriente vers les secteurs des urgences les patients en fonction de leur état de santé en s'appuyant sur une échelle de gravité. Seule la prescription médicamenteuse est informatisée.

Les interfaces entre les urgences et les autres secteurs sont opérationnelles (connaissance de la disponibilité des lits, accès 24h/24 au dossier patient archivé, demande d'examen radiologiques ou biologiques hors établissement). Pour la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie, le service fait appel au psychiatre de l'établissement pendant les jours ouvrables ou au CHU de TOURS les autres jours. En cas de nécessité, une contention est prescrite par ordonnance médicale qui est réévaluée régulièrement.

Au niveau de l'imagerie, l'établissement a passé convention pour de la téléconsultation pour les interprétations de scanners, en dehors des heures d'ouverture du service de radiologie qui a accès au système régional de partage des images radiologiques.

Des réunions ont lieu journalièrement pour faire le point sur les patients présents. Un cahier de transmission est renseigné et consulté par tous les professionnels pendant leur activité et au moment de leur prise de poste.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation du délai d'attente. Toutefois, le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas totalement en place à ce jour. Le service suit, chaque jour, manuellement sur un tableau mural l'état d'occupation des boxes et des chambres de l'UHTCD. Le temps d'attente, calculé à partir du logiciel dossier patient, est affiché en face de la salle d'attente. Un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs en continu n'est pas à ce jour en place. Les statistiques issues du logiciel dossier patient et permettant de suivre l'activité (nombre de passage selon les heures, selon l'âge, selon le jour de semaine, la durée moyenne de séjour en circuit long ou court, en UHTCD etc...) ne sont pas exploitées quotidiennement. Il n'existe pas de tableau de bord dans le service des urgences.

D'autres sources d'évaluations sont utilisées : les déclarations d'EI sont recueillies et analysées (59 EI en 2017). Le service utilise les méthodes des RMM et des patients traceurs : l'ensemble donne lieu à des retours sur expérience, à des actions d'amélioration avec l'implication des professionnels. Il en est de même pour les exercices Plan blanc réalisés (simulation d'un attentat à Bordeaux en mars 2016, exercice Plan Blanc départemental ARS du 29 juin 2017, exercice national connexion et création du 21 septembre 2017) qui ont donné lieu à un retour d'expérience. La cadre soignante du service a réalisé très récemment un quick audit sur la tenue du dossier patient (10 dossiers). Le questionnaire de sortie institutionnel est utilisé pour évaluer la satisfaction des patients. Des enquêtes de satisfaction des patients sont organisées ponctuellement dans le service.

A / AGIR

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

Le service des urgences met en œuvre les actions d'amélioration intégrées dans le compte qualité (celles-ci sont réalisées à 80%).

Le compte qualité déposé fin 2017 sur SARA a été réactualisé en juin 2018.

On peut citer comme exemple, la mise en place du bracelet d'identité, la mise à jour de la procédure de création de l'identité, l'utilisation du logiciel du médicament de l'établissement.

Les retours d'expérience ont donné lieu à des actions d'amélioration comme une réorganisation du fonctionnement de la cellule de crise Plan Blanc.

La communication des résultats est réalisée, en interne par l'encadrement lors des réunions de service.

La communication externe auprès des usagers et de la population se fait par le biais d'article de presse à l'occasion de différents événements (portes ouvertes, certification

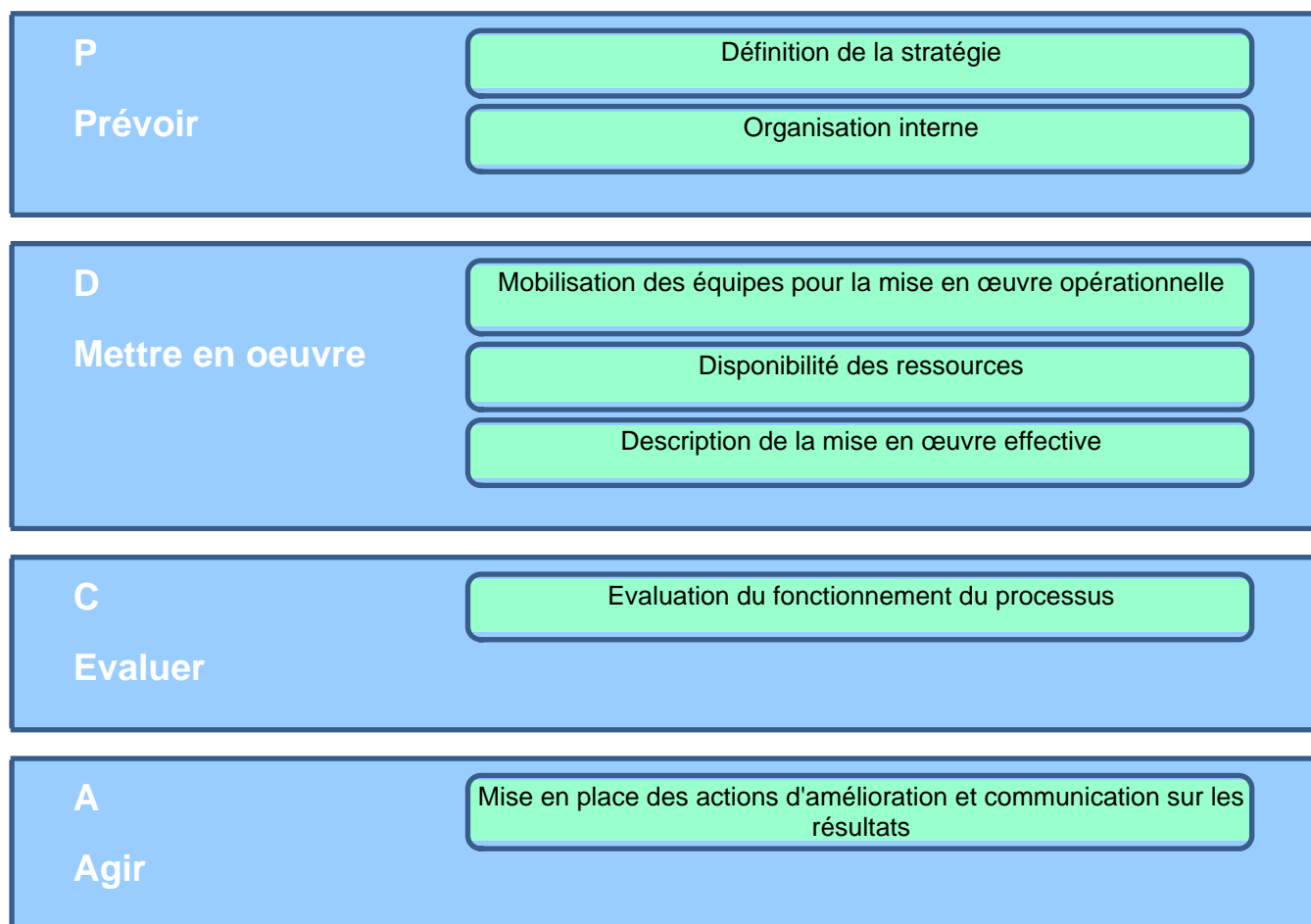
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du CH de LOCHES est formalisée dans les nouvelles orientations du projet médical du GHT 37 Touraine Val de Loire. Elle consiste à conforter l'offre de proximité médicale et chirurgicale.

L'établissement dispose de 3 salles d'interventions polyvalentes sauf pour la salle 3 réservée à la chirurgie prothétique.

Des interventions uniquement en semaine et essentiellement réglées de 7h00 à 17h30 y sont réalisées de chirurgie orthopédique notamment prothétique, viscérale et urologique non carcinologique, vasculaire périphérique, stomatologique, gynécologique, ORL notamment pédiatrique chez les enfants de plus de trois ans et ophtalmologique.

L'établissement a identifié et analysé ses risques sur la base d'une carte d'identité-chemin clinique du processus « management de la prise en charge au bloc opératoire » divisée en 7 sous-processus et d'une cartographie des risques actualisée en 09/2017 avec 25 risques identifiés, d'audits, d'EPP et d'une analyse de ses EI (FEI, RMM). Ces risques ont été hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS puis priorisés selon leur criticité résiduelle.

Ainsi trois risques prioritaires ont été identifiés par les pilotes et les professionnels du secteur avec le soutien méthodologique de la cellule qualité. Ils ont été intégrés dans le compte qualité.

Ces risques sont associés à un plan d'actions définissant pour chacune d'entre elles des objectifs opérationnels, des moyens, des mesures de suivi et d'évaluation. Ce plan d'action a été validé par les instances (CME).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à un chirurgien orthopédiste et à la cadre de santé/chef de bloc de l'ensemble des secteurs bloc opératoire-chirurgie-HDJMC (hôpital de jour médico-chirurgical) et consultations externes.

Les attendus de cette fonction sont formalisés dans la fiche de fonction pilote et copilote du processus « Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire » d'avril 2017.

L'organisation interne est définie dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire réactualisée le 08/02/2018.

L'instance de pilotage est le conseil de bloc. L'organisation de la prise en charge du patient en ambulatoire est décrite dans une charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire de 2015.

Le fonctionnement, notamment la programmation prévisionnelle et la régulation journalière, est précisé dans la charte de bloc.

Les différents circuits de prise en charge (hospitalisation programmée, ambulatoire, chirurgie septique programmée, urgences) sont définis de même dans la charte de bloc opératoire, sans évoquer la particularité de l'enfant.

Les responsabilités des professionnels impliqués au bloc opératoire sont formalisées dans des fiches de poste en cours d'actualisation (cadre de santé du bloc opératoire, IBODE, IADE, IDE de SSPI, aide-soignante).

Les ressources nécessaires ont été identifiées en personnel MAR, IADE, IBODE, IDE pour la SSPI, AS pour brancardage interne, SSPI, bio-nettoyage et stérilisation.

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

La gestion des interfaces est effective et organisée avec les secteurs cliniques, médicotechniques et logistiques.

Une « fiche récapitulative avant admission au bloc opératoire », avec un guide d'utilisation formalisé, encadre notamment la préparation du patient.

Les ressources documentaires sont disponibles sur la GED. Des fiches techniques spécifiques à chaque prise en charge sont disponibles dans l'arsenal stérile pour préparer les interventions.

L'approvisionnement du bloc opératoire par la pharmacie est organisé.

Celui des DMI est défini par une procédure « gestion des DMI » de novembre 2012.

Les contrôles air, eau, surface sont organisés selon un tableau prévisionnel par l'IDE hygiéniste avec l'aide du responsable technique.

La maintenance préventive et curative de l'ensemble des dispositifs médicaux est externalisée et gérée par la gestionnaire achats-coordonnatrice des maintenances et des prestataires extérieurs.

Les besoins en documents d'enregistrement et traçabilité sont identifiés.

Les risques professionnels sont identifiés.

L'hygiène des locaux, y compris des six brancards de transport interne, des containers à déchets et de l'ascenseur est organisée.

Le circuit des déchets est formalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action propre au secteur est décliné par l'équipe de pilotage.
Le recueil des événements indésirables est en place et des actions correctives sont identifiées avec les professionnels en cas de besoin après RMM. Une évaluation périodique de l'activité avec des audits et information des professionnels sur leurs résultats est organisée.
La sensibilisation et les retours aux équipes sont assurés par affichage en salle de repos, lors des réunions de service récentes dites « temps de parole » et des conseils de bloc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en nombre et compétences de personnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer les missions dévolues.
Les nouveaux arrivants sont accompagnés par l'encadrement.
Un médecin anesthésiste est disponible à tout moment au bloc opératoire et en SSPI et joignable sur son DECT. Un interphone est disponible dans chaque salle et testé tous les mois.
Des formations spécifiques aux situations d'urgence sont organisées.
Les salles d'intervention sont conformes aux activités réalisées.
Le nombre de postes de SSPI (6 postes) est en lien avec le nombre de salles d'opération.
Le matériel d'urgence vitale (chariot d'urgence avec défibrillateur) est en place avec des dispositifs spécifiques prévus (intubation difficile, hyperthermie maligne).
Un chariot pédiatrique est disponible en salle 1.
Les ressources documentaires sur les différentes prises en charge et différents circuits sont disponibles.
Des procédures de préparation des salles d'intervention sont disponibles.
Un protocole d'antibioprophylaxie est disponible et réactualisé en 2018.
Un logiciel de programmation et de suivi en temps réel des interventions est en place depuis février 2018 et toujours en cours de développement.
L'approvisionnement en matériels, linge (tenues de bloc essentiellement) et produits de santé permet de répondre aux besoins.
La maintenance préventive et curative des équipements et matériels biomédicaux est effective.
L'établissement dispose d'une personne radio-compétente en radioprotection (PCR).
Le matériel de protection aux rayonnements ionisants est disponible. La dosimétrie active et passive est opérationnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les organisations établies.
La fiche d'hospitalisation pour la prise de rendez-vous précise le type d'hospitalisation, la nature de l'examen, la présence d'allergie et l'évaluation médicale du risque de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob.
L'identité du patient est vérifiée à chaque étape.
L'intimité et la dignité du patient sont respectées.
Les circuits établis sont respectés.
La visite pré-anesthésique est réalisée et tracée en bas de la consultation d'anesthésie manuscrite.
La feuille d'anesthésie avec le suivi peropératoire est manuscrite.
Les fiches d'ouverture de salle (FOSO) de la SSPI et des salles d'opération avec indication de la surpression (changement de capteurs prévu avec une concordance d'unité), de la température et de l'hygrométrie, sont élaborées.
La check-list sécurité du patient au bloc opératoire est informatisée, réalisée et signée avec son matricule par un coordonnateur désigné (IADE ou IBODE). Des fiches papiers sont disponibles en cas de panne informatique.
La traçabilité informatique est effective dans une « feuille de suivi d'activité opératoire » (précisant notamment les équipes, les horaires des différents temps opératoires, le type d'anesthésie, la dose de rayonnements ionisants reçus, ...) et la feuille d'intervention dite « écologie » (précisant notamment les contrôles, l'installation, la place du bistouri, la préparation cutanée, les paramètres de coelioscopie, les drains, les transmissions...)
La surveillance en SSPI est manuscrite sur une fiche spécifique « fiche de surveillance post-interventionnelle ».
L'autorisation et l'heure de sortie de la SSPI sont validées et tracées par le médecin anesthésiste en bas de cette fiche.
Les prescriptions post-opératoires sont réalisées en double de manière manuscrite sur le dos de la feuille d'anesthésie et informatiquement avec le logiciel de prescriptions.
Les interfaces sont opérationnelles. La check-list « fiche récapitulative avant admission au bloc opératoire » qui encadre la préparation du patient et la fiche spécifique de liaison avec la stérilisation « traçabilité du matériel utilisé au cours d'un examen ou d'une intervention chirurgicale » sont en place.
La traçabilité des DMI est effective et manuscrite avec le feuillet « traçabilité des implantations de DMI »

gérés par les IBODE en liaison avec la pharmacie.
Le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire (HDJMC) respecte les bonnes pratiques: prise en compte de l'activité de chirurgie ambulatoire dans la planification/programmation du bloc, organisation de l'information pré/postopératoire patients, optimisation des flux, appel de la veille et du lendemain avec une traçabilité manuscrite archivée dans le dossier du patient.
Le bio-nettoyage des salles d'intervention, des locaux, de l'ascenseur, des containers à déchets, du matériels de transport (brancards/fauteuils) est en place et tracé.
Les instances du bloc opératoire sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur organise régulièrement l'évaluation du processus et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.
Les FEI (42 en 2016, 52 en 2017) sont analysées et exploitées avec la réalisation de RMM (1 en 2017 et 2 en 2018) avec implication des professionnels et retour d'expérience.
Des audits sont élaborés régulièrement, notamment en juin 2018 de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». Un audit du bio-nettoyage au bloc opératoire est réitéré tous les ans depuis 2014; le dernier date d'octobre 2017.
Des évaluations type patient traceur sont organisées (mai 2017 et avril 2018) avec l'assistance d'un organisme extérieur.
Le recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins en anesthésie est effectif et intégré dans le suivi d'un tableau de bord des indicateurs de pilotage du processus comprenant des indicateurs quantitatifs (activité par spécialité et par opérateur) et qualitatifs (conformité des prélèvements du bloc opératoire, taux d'occupation réel des salles d'opération (T.R.O.S.), taux de vacations offertes, taux de débordement, nombre d'heures supplémentaires payées au bloc opératoire, questionnaires de satisfaction des patients en ambulatoire).

A / AGIR

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

La prise en compte des risques a permis des actions d'amélioration.
Suite au dernier audit annuel sur le bio-nettoyage au bloc opératoire, un contrôle continu puis ponctuel de l'hygiène des mains entre deux changements de gants a été initié.
Suite à un patient traceur en post-opératoire de chirurgie orthopédique en 2017, une modification des pratiques de prescription des consignes postopératoires du chirurgien a été réalisée pour plus d'exhaustivité et d'efficacité, notamment des prescriptions de kinésithérapie.
Des actions d'amélioration ont été réalisées lors du déploiement et paramétrage du logiciel de bloc opératoire initié en février 2018: pour optimiser la réalisation de la check-list, sa réalisation exhaustive est devenue incontournable informatiquement, pour superviser efficacement la programmation opératoire, ses droits d'accès ont été centralisés sur le chef de bloc et ses adjoints.
Les personnels sont informés par voie d'affichage en salle de repos, lors des réunions de service de mise en place récente dites « temps de parole » et du conseil de bloc.

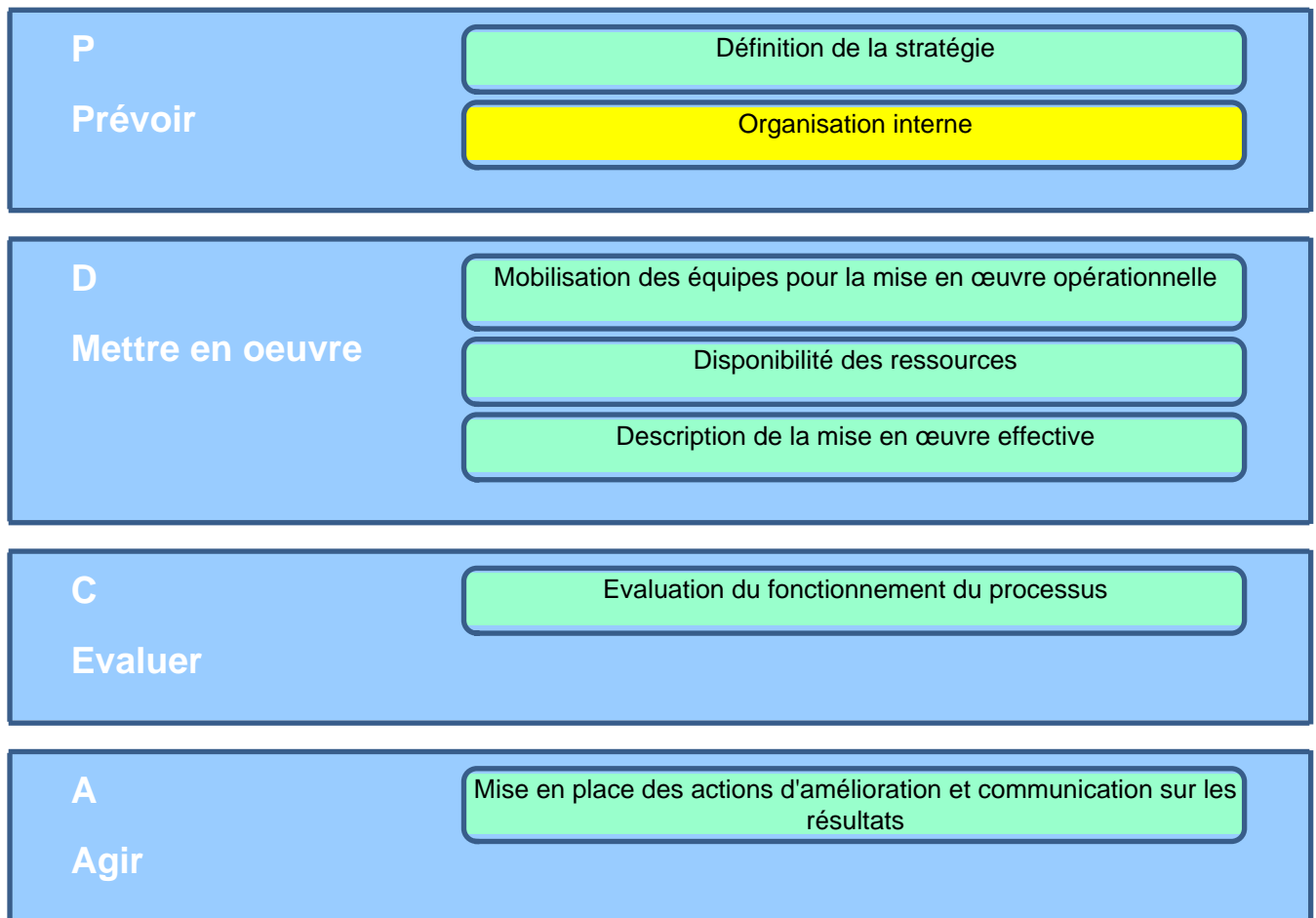
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH de LOCHES dispose d'une activité d'endoscopie qui fait partie des orientations stratégiques du projet médical du GHT 37 Touraine Val de Loire consistant notamment à développer l'offre de proximité médicale.

Les endoscopies réalisées sont programmées ou semi-urgentes et exclusivement en semaine et journée. Elles sont :

-majoritairement digestives diagnostiques et thérapeutiques (gastroscopie, coloscopie) en consultations externes et au bloc opératoire

-urologiques (cystoscopies), ORL et pneumologique en consultations externes.

L'établissement a identifié et analysé ses risques sur la base de la réglementation (notamment l'instruction du 4 juillet 2016), d'une carte d'identité-chemin clinique du processus « management de la prise en charge patient en secteur d'endoscopie » divisée en 6 sous-processus et d'une cartographie des risques actualisée en 09/2017 avec 26 risques identifiés, d'audits notamment du GREPHH en 2015, d'EPP et d'une analyse de ses EI (plaintes, FEI, RMM).

Ces risques ont été hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS puis priorisés selon leur criticité résiduelle.

Ainsi un risque prioritaire a été identifié par les pilotes et les professionnels du secteur avec le soutien méthodologique de la cellule qualité. Il a été intégré dans le compte qualité.

Ce risque est associé à un plan d'actions définissant pour chacune d'entre elles des objectifs opérationnels, des moyens, des mesures de suivi et d'évaluation. Ce plan d'action a été validé par les instances (CME).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à un médecin gastro-entérologue et à la cadre de santé de l'ensemble des secteurs bloc opératoire-chirurgie-HDJMC (hôpital de jour médico-chirurgical) et consultations externes.

Les attendus de cette fonction sont formalisés dans la fiche de fonction pilote et copilote du processus « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque « endoscopie » d'avril 2017.

La gestion des ressources humaines, la régulation de l'activité et des patients et l'organisation de la salle de consultation externe sont assurées par la cadre de santé copilote du processus.

Les ressources humaines nécessaires sont en adéquation avec les besoins identifiés.

Il existe un plan et un bilan annuel des formations. Les formations sur la manipulation, l'entretien et la maintenance des endoscopes sont planifiées.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence validées, disponibles en salle de lavage et intégrées à la GED.

L'interface avec les secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique est organisée.

Les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement sont identifiés pour le secteur (endoscopes, matériel d'instrumentation endoscopique, consommables,...).

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive/curative des endoscopes et des autres équipements (laveur-désinfecteur des endoscopes, paillasse) est prévu.

Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes ainsi que leur traçabilité sont organisées, avec à l'appui deux procédures (traitement manuel des endoscopes critiques du 29/05/2017 et traitement des endoscopes en LDE du 08/09/2015).

Les contrôles microbiologiques des endoscopes et du laveur-désinfecteur des endoscopes sont réalisés périodiquement selon une procédure contrôle microbiologique des endoscopes du 23/02/2016. Des mesures correctrices sont prévues en cas de dépassement du niveau cible.

La gestion des équipements d'anesthésie en salle d'examen au bloc opératoire est organisée.

Les besoins en documents d'enregistrements et traçabilité sont identifiés, notamment avec la fiche de traçabilité d'ouverture et de fermeture salle de décontamination des endoscopes et la fiche de traçabilité utilisation des endoscopes.

Les risques professionnels sont identifiés.

L'hygiène des locaux et de l'armoire de stockage est organisée.

La réalisation d'endoscopie chez une population spécifique de patients, suspects ou porteurs de BMR, tuberculose, Clostridium difficile, ... est organisée.

Les gestions des déchets, de la qualité de l'eau (rinçage, alimentation laveur-désinfecteur des endoscopes, filtres), de l'air et des surfaces sont organisées.

Cependant la démarche qualité documentée assurant la sécurité de la prise en charge du patient actuellement en place n'est pas totalement documentée ni actualisée, à ce jour. Les responsabilités et missions des agents impliqués dans le secteur (3 IDE, dont l'infirmière référente, et deux aides-soignantes) ne sont pas formalisées. En dehors d'une procédure « PEC patient en endoscopie » de 11/2013, les différents modes de fonctionnement et circuits de prise en charge ne sont pas précisés, d'autant que la charte de bloc opératoire réactualisée le 08/02/2018 n'évoque pas la spécificité de cette activité.

La gestion des pannes/dysfonctionnement n'est pas complètement formalisée.

Si la procédure de départ d'un endoscope en maintenance ou en réparation a été révisée le 7/8/2017, la procédure de retour d'un endoscope de maintenance ou réparation est toujours en cours de rédaction et validation depuis 2013.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action propre du secteur est décliné par l'équipe de pilotage.

Le recueil des événements indésirables est en place et des actions correctives sont identifiées avec les professionnels en cas de besoin après RMM. Une évaluation périodique de l'activité avec des audits et EPP type patient traceur et information des professionnels sur leurs résultats est organisée.

La sensibilisation et les retours aux équipes sont assurés avec un cahier dans le bureau infirmier des consultations externes, lors des réunions de service consacrées au secteur et du conseil de bloc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels en secteur d'endoscopie répondent aux besoins.

Les professionnels bénéficient des formations réglementaires (gestes d'urgence, incendie, hygiène) et de formations spécifiques à l'endoscopie.

Les procédures et autres documents sont disponibles et accessibles.

Les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient et nécessaires à sa PEC (dossier du patient, prescriptions, résultats d'examens, préparation, ...).

La programmation d'endoscopie est accessible aux professionnels et comporte les éléments nécessaires à la sécurité du patient.

Les locaux et équipements sont adaptés et opérationnels.

Le secteur d'activité dispose d'un parc de 13 endoscopes souples (5 coloscopes, 4 gastroscopes dont un pédiatrique et deux nasogastrosopes, 1 nasofibroscope, 2 bronchoscopes, 1 cystoscope).

Les endoscopes souples sont stockés dans une armoire fermée en salle de consultations externes enveloppés dans un champ stérile et dans des plateaux identifiés avec la date et l'heure de dernière désinfection.

L'établissement dispose d'un seul lieu de nettoyage, désinfection et stockage des endoscopes souples situé au rez-de-chaussée dans une pièce borgne contiguë de la salle d'examen de la consultation externe. Il est doté d'un laveur-désinfecteur des endoscopes (LDE) et d'une paillasse manuelle avec six bacs et une pompe péristaltique programmée.

Les approvisionnements en matériel (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, DM, ...) permet de répondre aux besoins de l'activité.

Le matériel de protection des professionnels est disponible et opérationnel.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues.

La prise de rendez-vous d'examen est réalisée sur le logiciel adapté.

Le praticien renseigne le premier volet de la fiche d'hospitalisation avec l'évaluation médicale du risque allergique et de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob. L'anesthésiste la complète en cas de geste endoscopique réalisé au bloc opératoire en précisant la prémédication.

L'identité du patient est vérifiée à chaque étape de sa prise en charge.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées.

Les circuits établis sont respectés, avec notamment le principe de la marche en avant.
La fiche d'ouverture de salle endoscopie est renseignée.
La check list HAS est mise en œuvre de manière manuscrite même au bloc opératoire.

La traçabilité des endoscopies réalisée est effective avec l'archivage journalier et par endoscope, des « fiches de traçabilité utilisation des endoscopes », où est agrafé le ticket de traitement par le LDE ou la pompe péristaltique.

Le compte rendu opératoire précise notamment le numéro de l'endoscope, la durée de l'examen et la nature du type de désinfection.

Les interfaces, notamment avec l'HDJMC, sont opérationnelles. Celle avec les services techniques, informatiques et le bureau achat s'appuie sur un cahier récapitulatif des demandes ou observations du service des consultations externes.

Les prélèvements bactériologiques et anatomopathologiques réalisés sont correctement identifiés et tracés.

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre.

Chaque endoscope dispose d'un carnet de vie dit classeur global, comprenant l'ensemble des rapports de maintenance et des prélèvements microbiologiques.

Le bio-nettoyage des salles et de l'armoire de stockage est réalisé et tracé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.
Les plaintes (1 en 2017) et FEI (14 en 2017) sont analysées et exploitées avec la réalisation de RMM si besoin (1 en 2015), avec implication des professionnels et retour d'expérience.
Des audits sont réalisés sur le bracelet d'identification des patients (Quick audit en mai 2018) et sur l'évaluation et l'encadrement d'un nouvel agent (aide-soignante en novembre 2017).
Des évaluations type patient traceur dans le secteur ont été réalisées en juin 2017 et avril 2018 avec l'appui d'un prestataire extérieur.
Le secteur dispose d'indicateurs quantitatif (activité) et qualitatifs (conformité retour prélèvements microbiologiques, questionnaire satisfaction ambulatoire).
Les résultats sont communiqués aux professionnels avec le retour d'exploitation des FEI du secteur d'endoscopie par transmission avec un cahier dans le bureau infirmier des consultations externes et lors de réunions de service informelles consacrées au secteur et du conseil de bloc.

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre avec les professionnels concernés sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel.
Suite à la RMM de 2015, la réévaluation médicale avant chaque acte et sa traçabilité dans le dossier ont été systématisées.
De même, suite à la réalisation d'un patient traceur, une amélioration des pratiques a été réalisée en organisant la prescription de la reprise d'alimentation dans le DSI.

Les personnels sont informés par voie d'affichage en salle de repos du bloc opératoire, par transmission avec un cahier dans le bureau infirmier des consultations externes et lors de réunions de service informelles consacrées au secteur et du conseil de bloc.