



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
Centre Hospitalier de Bretagne
Sud

5 avenue de choiseul
56322 LORIENT
MARS 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	63
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	69
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	74
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	79

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD	
Adresse	5 avenue de choiseul 56322 LORIENT
Département / région	MORBIHAN / BRETAGNE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	290034313	GCS BIO MED TS3 SITE CH QUIMPERLE	20 avenue marechal leclerc Bp 134 29300 QUIMPERLE
Entité juridique	560005746	CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD	5 avenue de choiseul 56100 LORIENT
Etablissement de santé	560005035	CHBS - SITE DE PLOEMEUR-SLD	Lieu dit kerbernes 56270 Ploemeur
Etablissement de santé	560009631	CHBS - USLD KERLIVIO	Lieu-dit toul douar 56700 Hennebont
Etablissement de santé	560003980	CHBS-SITE DE PLOEMEUR	Lieu dit kerbernes 56270 Ploemeur
Etablissement de santé	560000275	CHBS - SITE DE KERLIVIO	Lieu-dit toul douar 56700 Hennebont
Etablissement de santé	560000135	CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD	5 avenue de choiseul 56322 LORIENT

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	87	/	15	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	60	4	/	/
MCO	Médecine	437	84	/	6744
SLD	SLD	85	/	/	/
SSR	SSR	130	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> *Accréditation COFRAC pour Biologie Médicale en Mars 2017 *Certification ISO pour Reconstitution des chimiothérapies et stérilisation par Bureau Véritas Qualité en Janvier 2017 *Certification pour Prélèvement Multi organes et Tissus par Agence de Biomédecine en Novembre 2015 *Inspection radioprotection de l'ASN pour Radiothérapie en Novembre 2015 *Inspection radioprotection pour Imagerie interventionnelle par ASN en Mai 2015 *Inspection radioprotection pour Scanner par ASN en Juillet 2016 *Inspection pour Circuit du médicament par ARS en Mai 2015
---------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> GHT n°3 GCS biologie GCS CAPPs GCS e-santé GCS Achat Santé Bretagne GCS santé logistique GCS Réseau Bretagne Urgences GIP Restauration FMIH de Biologie FMIH Périnatalogie FMIH Urgences Convention coopération filière gériatrique de Bretagne Sud Convention coopération HAD Convention coopération centre de rééducation de Kerpape Convention coopération clinique du TER Lorient Convention coopération EPSM Charcot Convention coopération Clinique mutualiste de Lorient Convention Réseau Codiab Kalon'IC Convention Réseau Onc'Orient
Regroupement / Fusion	Direction commune à 4 établissements depuis 1er janvier 2017 Fusion en janvier 2018
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 obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Droits des patients
Parcours du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

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

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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 radiothérapie
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
FONCTIONS SUPPORTS

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	Service de cardiologie	Syndrome coronarien	non programmé	Complexe	MCO
2	Personne âgée	Post urgence	Douleur abdominale	non programmé	/	MCO
3	Adulte	Unité de chirurgie ambulatoire	Endoscopie : colofibroscopie	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Nouveaux-nés - Jumeaux	Néonatalogie	Prématurés - (Grossesse pathologique)	Programmé	Complexe	MCO
5	Adulte	Service d'orthopédie	Prothèse totale de hanche	Programmé	Simple	MCO
6	Personne âgée	Chirurgie ambulatoire	Cataracte	Programmé	Simple	MCO
7	Adulte	Obstétrique	Césarienne en urgence	Non programmé	Complexe	MCO
8	Personne âgées	SSR Kerbernes PAPD	Fracture pertrochantérienne engrenée	Programmé	Simple	SSR
9	Adulte	SSR Kerlivio polyvalent	Fracture pertrochantérienne - clou gamma	Programmé	Simple	SSR
10	Personne âgée	SLD Kerbernes ou Kerlivio	Tétra parésie	Programmé	Complexe	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

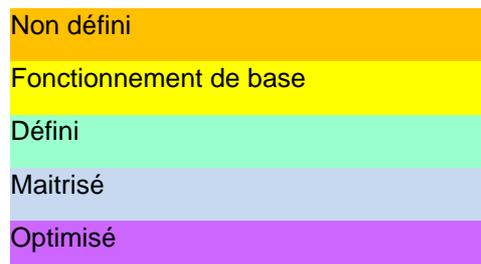
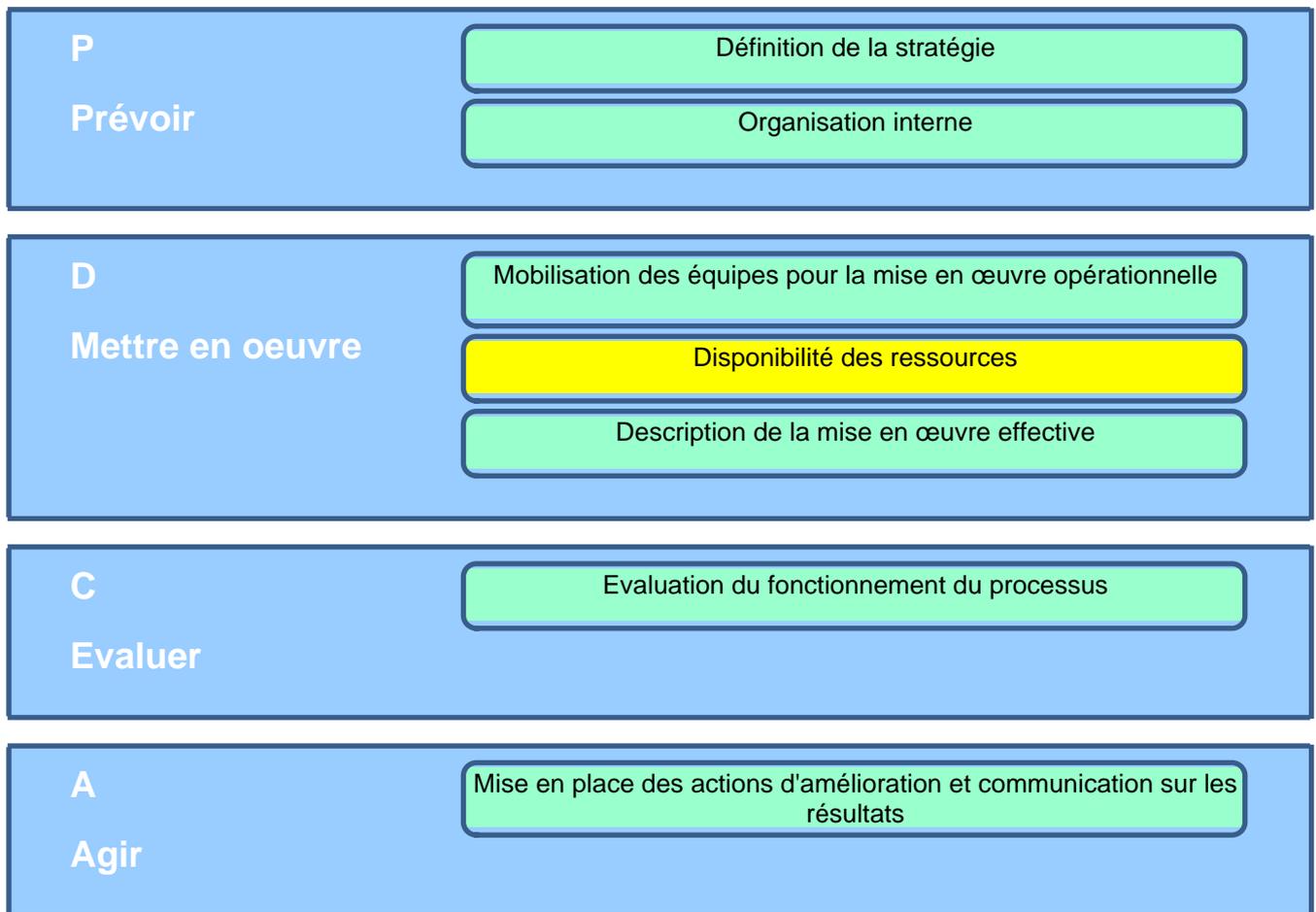
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés dans le cadre d'une cartographie des risques. Les principaux risques prioritaires ont été identifiés et intégrés dans le compte qualité.

Le projet d'établissement 2015-2020 (validé par la CME le 17 novembre 2015, par le CTE le 27 novembre 2015, par le Directoire le 8 décembre 2015 et par le Conseil de surveillance du 9 décembre 2015) intègre une orientation stratégique n° 3 : « Partager la qualité et assurer la sécurité du patient/résident » qui est déclinée en objectifs prioritaires pour l'établissement.

L'établissement dispose d'une politique qualité gestion des risques validée par le directeur général, le président de la CME et la présidente de la CSIRMT (10 avril 2018). Les engagements de cette politique sont :

- Garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Développer une culture partagée de la qualité et de la gestion des risques ;
- Pérenniser une gestion des risques axée sur la prévention et la garantie d'un niveau de sécurité optimisé ;
- Promouvoir la bientraitance et les droits des usagers ;
- Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels ;
- Poursuivre la démarche de développement durable.

Le choix des orientations de la politique a été réalisé en tenant compte des résultats des certifications antérieures, des résultats d'évaluation (audits, enquêtes, indicateurs), de l'analyse des risques et des exigences réglementaires. La politique intègre la stratégie de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations réglementaires ainsi que la gestion de crise. Une politique EPP a été définie par l'établissement en 2016. Elle est accessible à partir de l'outil de gestion documentaire.

La politique a fait l'objet d'une communication auprès des professionnels lors de diverses réunions d'information, et auprès des représentants des usagers lors d'une réunion de la Commission des usagers.

Par ailleurs, la politique qualité est disponible et accessible par tous les professionnels sur l'intranet de l'établissement au sein de l'outil de gestion documentaire.

La politique est déclinée en objectif stratégique dans le plan d'amélioration qualité institutionnel (PAQ). Ce plan est accessible sur l'intranet de l'établissement au sein de l'outil de gestion documentaire. Les actions du compte qualité sont intégrées dans le PAQ.

La politique qualité gestion des risques a été présentée aux représentants des usagers dans le cadre d'une séance de la Commission des usagers. La mise en œuvre de cette politique est examinée lors des réunions du comité stratégique qualité/gestion des risques (Costrat).

L'élaboration du compte qualité est basée sur les risques prioritaires identifiés lors de l'analyse des risques par les pilotes de processus.

Le développement de la culture qualité et sécurité est effective à tous les niveaux de l'établissement. Le Programme d'Actions Qualité (PAQ) institutionnel est décliné en PAQ thématique et en PAQ polaire. L'ensemble des professionnels est informé, sensibilisé et impliqué dans les actions qualité et sécurité des soins mises en œuvre au sein de leur secteur d'activité. Les professionnels interrogés connaissent les démarches d'amélioration conduites au sein de leur secteur d'activité.

ORGANISATION INTERNE

L'instance de pilotage de la démarche qualité a été le Directoire du Centre Hospitalier de Bretagne-Sud (CHBS) en lien avec la CME, la CSIRMT, le CHSCT et la CDU, jusqu'en 2017. Début 2018, une instance de pilotage globale de la politique qualité a été mise en place : le Comité Stratégique Qualité / Gestion des Risques (Costrat). La périodicité des réunions est semestrielle. Ses missions sont de :

- Définir la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement ;
- Définir les objectifs prioritaires de cette politique ;
- Réaliser les arbitrages nécessaires et valider les plans d'actions au regard de la politique, des objectifs et des priorités de l'établissement (Projet d'établissement, CPOM, projet de territoire, etc.) ;
- S'assurer régulièrement de l'efficacité et de l'efficience des actions engagées ;
- Organiser, coordonner et suivre les différents pilotes des démarches en lien avec la qualité et la gestion des risques ;
- Définir les moyens humains et matériels nécessaires à l'atteinte de sa politique ;
- Valider les outils et les méthodes d'évaluation utilisés au sein de l'établissement ;
- S'assurer du bon déroulement des démarches de certification en termes d'organisation, de respect des délais, de production des documents attendus, d'organisation des visites ;
- Définir les processus prioritaires à traiter pour le compte qualité ;
- Définir la stratégie de communication sur la démarche, son avancement et ses résultats aux professionnels de l'établissement et aux partenaires extérieurs.

De manière opérationnelle, le Constrat s'appuie sur le Comité stratégique restreint de la qualité et de la

gestion des risques avec une périodicité des réunions bimestrielles. Sa mission est le suivi opérationnel du programme qualité / gestion des risques.

La CME pilote et contribue à l'élaboration et à l'actualisation du PAQ et s'assure de la coordination des EPP et du suivi des plans d'actions. Une sous-commission de la CME, la Commission EPP / DPC / Recherche Clinique, a pour mission :

- La définition des axes institutionnels en matière de développement professionnel continu médical élaboré et suivi du plan de formation ;

- L'appui et le suivi de la structure de la recherche clinique à l'échelle institutionnelle ;

- L'élaboration et suivi de la politique des évaluations de pratiques professionnelles.

Elle se réunit trois à quatre fois par an. Par ailleurs, une EPP est présentée systématiquement en séance plénière de la CME.

La coordination, l'animation et le suivi opérationnel de la démarche sont assurés par la Direction de la qualité et de la gestion des risques en collaboration avec les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, le coordonnateur des vigilances et le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) sont assurées par deux praticiens hospitaliers. Ils ont fait l'objet d'un arrêté de désignation en date du 21 mars 2018. Les missions des coordonnateurs gestionnaires de risques associés aux soins, du praticien responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse, du praticien responsable de l'EOH et du président de la coordination des vigilances font l'objet de fiches de missions.

La démarche qualité gestion des risques est mise en œuvre et suivie par les commissions ou groupes institutionnels, par l'intermédiaire des pilotes de processus complétés par un réseau de référents et d'animateurs qualité gestion des risques.

De plus, le Comité stratégique de la qualité et de la gestion des risques a désigné des pilotes pour chaque processus. Les pilotes sont parties intégrantes d'un binôme (médical / soignant pour les processus en lien direct avec la prise en charge du patient ou d'un binôme directeur adjoint / responsable pour les autres processus). Leur mission est formalisée dans une fiche de missions, validée par le comité stratégique.

Le CHBS a mis en place un réseau de référents et d'animateurs qualité/gestion des risques chargés de déployer le plan d'amélioration de la qualité au niveau des pôles et des services de soins. Pour les activités en lien avec les processus de management et des fonctions supports, le déploiement de la démarche est réalisé par les pilotes et copilotes de processus.

La direction qualité gestion des risques assistent les pilotes de processus, les référents et animateurs qualité en mettant à leur disposition les outils nécessaires à la mise en œuvre de la démarche qualité (outils d'analyses des événements indésirables, des processus, audits, méthode pour EPP, enquête de satisfaction, etc.). Les actions sont intégrées dans des plans d'actions spécifiques (thématique ou polaire). L'ensemble des plans est coordonné au sein d'un plan d'actions institutionnel géré et suivi régulièrement par la direction qualité gestion des risques.

Les vigilances sanitaires (hémovigilance, pharmaco-, réacto-, matério-, infectio-, toxico-, cosmeto- et identito-vigilances) sont organisées ; les correspondants des vigilances sont identifiés au niveau de l'établissement. Cependant le rôle, les missions et les responsabilités des vigilants n'ont pas été formalisés dans une fiche de mission, sauf pour la pharmacovigilance et la matériovigilance.

Un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance est en place.

La participation des représentants des usagers (RU) à la mise en œuvre de la politique qualité est recherchée au travers des réunions régulières de la Commission Des Usagers (CDU), de la participation des RU aux instances de l'établissement.

La gestion de crise est organisée autour de différents plans : plan blanc actualisé le 16 avril 2018, plan de sécurité d'établissement, plan local de prévention et de maîtrise des épidémies, plan canicule, etc.

Un dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Il est basé sur la déclaration des événements à partir de l'outil de gestion documentaire disponible sur le site intranet de l'établissement.

Un dispositif de gestion des plaintes et réclamations est en place au sein de la direction de l'établissement. L'ensemble des plaintes et réclamations (176 en 2016, 182 en 2017) est présenté à la CDU. Il est articulé avec le dispositif de gestion des événements indésirables au travers d'une analyse des causes concertée de certaines réclamations ou événements indésirables entre le CGRAS, la direction qualité et la direction clientèle, parcours patients, relations avec les usagers et communication.

Les besoins en formation sont identifiés au regard des actions prioritaires recensées ou à partir de l'analyse des événements indésirables déclarés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation du Centre Hospitalier de Bretagne Sud.

La concertation et la communication entre les acteurs de la qualité et de la gestion des risques et les professionnels des secteurs d'activité se fait par les réunions de cadres, les instances, et par voies d'affichage ou l'intranet.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un point systématique relatif à la qualité et à la gestion des risques est mis à l'ordre du jour des réunions de la CME. La stratégie mise en œuvre pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans la démarche qualité passe par des actions de formation, de communication, la mise en œuvre des patients traceurs dans les unités de soins (24 patients traceurs en 2017).

Les professionnels médicaux et paramédicaux de l'ensemble des secteurs d'activité participent aux démarches EPP engagées au sein de l'établissement et à la gestion des événements indésirables qui les concernent.

L'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité en identifiant des pilotes et copilotes de thématique (près de 50 professionnels médicaux et non médicaux) qui ont été formés. Les pilotes de processus ont réalisé l'analyse des risques de chacun des processus de l'établissement à partir de la méthodologie de la HAS. Des sessions d'information et d'échange ont été organisées dans le cadre de la préparation à la visite de certification en 2017. De plus, un livret « spécial certification V2014 » a été élaboré afin de sensibiliser les professionnels de l'établissement à la certification V2014 et aux risques identifiés par thématique.

Des réunions d'information (comme les réunions de cadres), l'affichage des résultats des évaluations, l'intranet permettent de sensibiliser les professionnels aux actions qualité engagées et aux résultats obtenus.

La déclinaison opérationnelle du plan d'amélioration de la qualité est effective au niveau des pôles pour chaque secteur d'activité ou par thématique. Les professionnels connaissent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui concernent leurs secteurs d'activité.

Le comité stratégique qualité et gestion des risques, avec l'appui de la direction qualité, est en charge d'en assurer la coordination et d'évaluer l'atteinte des objectifs et leurs efficacités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents acteurs et personnes ressources dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques sont identifiées et formés.

Les référents/animateurs et les personnes ressources en matière de qualité/sécurité des soins, ainsi que les personnels de terrain bénéficient de formations au regard des besoins identifiés (certification V2014, patient traceur, DU évaluation de la qualité et gestion des risques dans la prise en charge des patients). Les journées d'accueil des nouveaux arrivants intègrent un module sur les démarches qualité/gestion des risques.

L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables. L'encadrement a été formé à l'analyse systémique des événements indésirables par la méthodologie ORION.

Le dispositif de gestion documentaire de l'établissement est assuré au travers d'un outil électronique de gestion documentaire disponible sur l'intranet. La procédure de gestion documentaire décrit le dispositif en place.

Cependant l'actualisation et la diffusion des documents ne sont pas assurées. De nombreux documents ne sont pas actualisés depuis 2005-2006 notamment pour les droits des patients ou au regard des dernières recommandations pour le risque infectieux. De plus, certains documents ne sont pas disponibles dans l'outil électronique de gestion documentaire comme certains relatifs à la prise en charge médicamenteuse.

Le CHBS possède des modèles de règlement intérieur pour les CREX et de charte pour les RMM.

Les ressources matérielles (locaux et équipements) sont adaptées. L'ensemble des unités de soins dispose d'équipement informatique (ordinateur portable ou fixe) permettant d'accéder à l'intranet de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Comité stratégique de la qualité et gestion des risques se réunit semestriellement afin d'assurer le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques. Des points systématiques sont réalisés au directoire et en CME.

La commission des usagers est en place et se réunit 3 à 4 fois/an.

La démarche d'évaluation des risques a priori est structurée pour les secteurs à risques (bloc, endoscopie, radiothérapie, salle de naissance), la maltraitance, et les risques professionnels. L'ensemble des pilotes de processus a analysé les risques afférents à leur secteur d'activité suivant la méthodologie de la HAS dans le cadre de l'élaboration du compte qualité. Ces éléments ont été repris au sein du compte qualité et sont inscrits dans le PAQ de l'établissement.

Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est connu et utilisé par les professionnels. Les déclarations sont réalisées sur l'outil électronique présent sur l'intranet de l'établissement (1017 FEI)

déclarées en 2017 et 1076 en 2016) par les professionnels et transmises à la direction qualité.

Pour les vigilances réglementaires, le signalement est transmis au responsable de la vigilance concernée. Pour les erreurs médicamenteuses, le signalement est transmis au RSMQPECM.

A réception du signalement d'un événement indésirable, la direction qualité transmet aux responsables concernés la fiche pour analyse et proposition d'actions. Pour les événements indésirables graves (gravité 4 ou 5), la cellule gestion des risques désigne le ou les membres de la cellule chargé(s) de la réalisation de l'analyse des causes profondes. Les responsables du traitement définissent l'outil d'analyse (grilles ALARM, REMED pour les EI en lien avec la prise en charge médicamenteuse ou autres grilles d'analyse systémique). Ils conduisent l'analyse de causes profondes avec les professionnels concernés dans le respect de la charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables. Pour les événements de gravité inférieure à 4, la cellule gestion des risques définit le responsable du traitement de l'EI. Ce dernier est chargé d'organiser l'analyse suivant la méthodologie ORION avec les professionnels concernés. Le retour d'information aux déclarants est organisé via l'outil de déclaration et/ou l'encadrement du service. Le bilan des événements indésirables et des plans d'actions correspondants est réalisé annuellement auprès du Costrat.

L'exploitation des plaintes et réclamations (182 en 2017, 176 en 2016) est conduite en impliquant les professionnels et les représentants des usagers, et une réponse est adressée au plaignant. Les actions correctives décidées sont intégrées dans le plan d'amélioration qualité institutionnel.

Le déploiement des démarches EPP est organisé. La commission EPP-DPC-RC coordonne ce dispositif. 62 EPP sont actives et enregistrées dans le tableau de bord des EPP. Des analyses de causes sont réalisées sous la forme de RMM (12) /CREX (8) suivant méthodologie ALARM/ORION ou de REMED.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est effective via l'enquête e-Satis ou des questionnaires spécifiques aux secteurs d'activité (maternité, radiothérapie, unité de cardiologie ambulatoire, imagerie, pédiatrie, AP, unité de chirurgie ambulatoire, urgences). Cela permet une analyse globale de la satisfaction des usagers sur l'établissement et par secteurs d'activités. L'ensemble des résultats est présenté et discuté en Commission des usagers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques est en place. Il s'appuie sur les indicateurs nationaux (IQSS et hôpitaux numériques), les indicateurs suivis dans le cadre du compte qualité, les EPP, les audits réalisés dans les unités de soins et les enquêtes de satisfaction patient. Un tableau de bord qualité / risques est suivi par la direction qualité et le Costrat.

Des mises en situations en cas de crise sont réalisées sous forme d'exercice. En 2017 et 2018, un exercice « Plan blanc » a été réalisé.

Le suivi des évaluations qualité et sécurité des soins est réalisé par le Costrat et communiqué aux différentes instances de l'établissement.

Cependant, les événements indésirables récurrents ne donnent pas lieu à une analyse des causes spécifiques. Seule, une démarche institutionnelle a été conduite sur les « chutes de patient » (EPP, élaboration de protocole, etc.), mais plus en raison du profil des patients accueillis que de la récurrence des événements indésirables.

A / AGIR

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

Le plan d'amélioration de la qualité est revu au cours des réunions du Costrat et est réajusté en tant que de besoin en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

La communication sur les actions d'amélioration et les résultats est réalisée au travers de différents vecteurs auprès des professionnels et des usagers (affichage, réunion d'information, intranet).

Cependant, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux ne sont pas rendus publics par voie d'affichage et dans le livret d'accueil de l'établissement de santé.

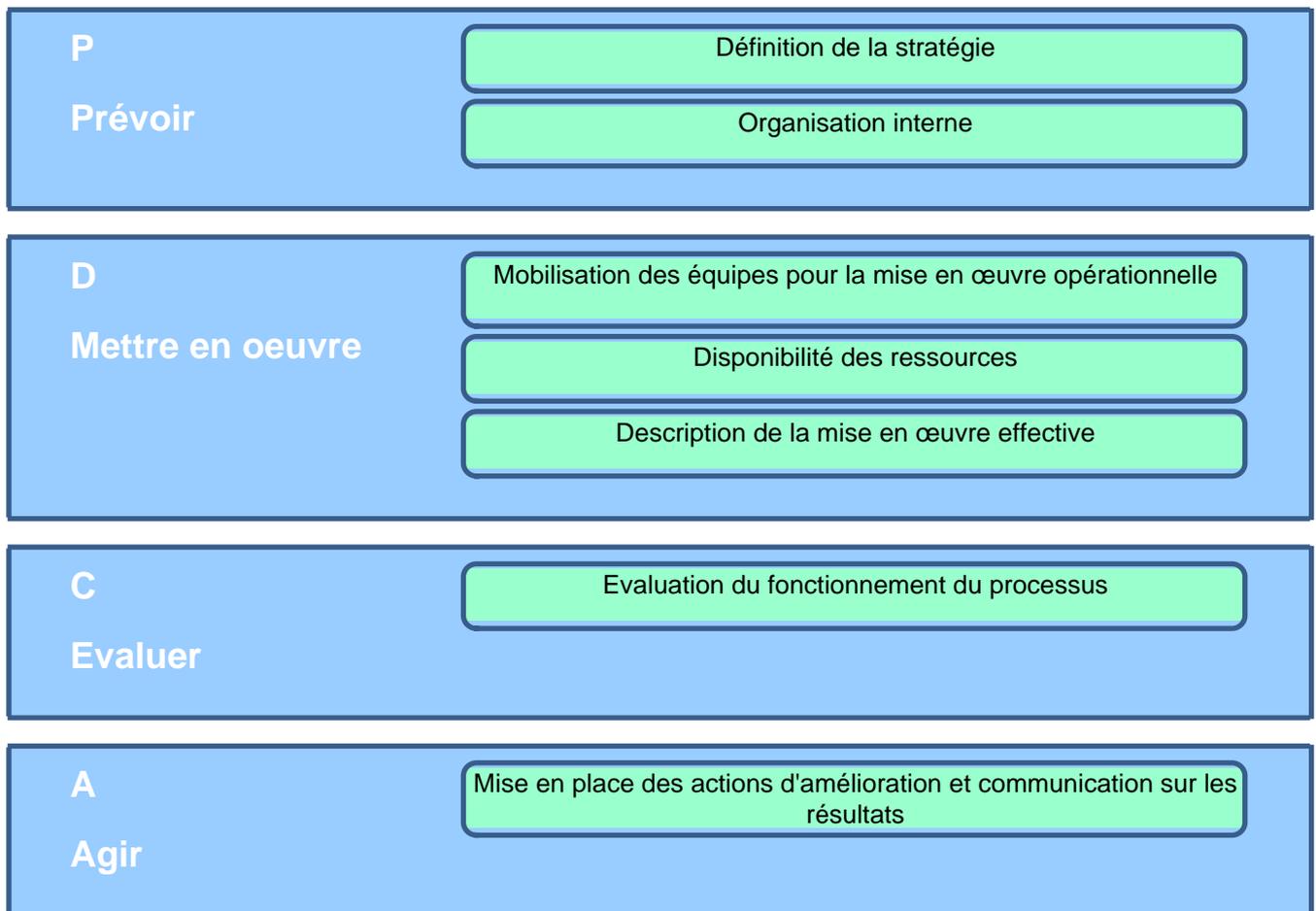
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 Groupe Hospitalier Bretagne-Sud (GHBS) comprenant l'hôpital du Scorff à Lorient, le Centre de Réadaptation et de Gériatrie « Eudo de Kerlivio » à Hennebont et le Centre Gérontologique Clinique de Kerbernès à Ploemeur a défini une stratégie et des objectifs en matière de politique de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie prend en compte les orientations nationales dont le Programme National de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) et les recommandations nationales et régionales. Elle est formalisée au travers du projet d'établissement 2015-2020, de la note d'orientation stratégique d'avril 2018 et d'un programme d'actions de lutte contre les infections associées aux soins.

La démarche d'identification des risques, effectuée par un groupe de travail pluridisciplinaire, a été réalisée à partir de plusieurs sources de données : cartographie des risques a priori, évènements indésirables, réglementation et recommandations de bonnes pratiques, résultats d'audits, prélèvements de surface dans les secteurs à risque, indicateurs nationaux d'infections associées aux soins, actualité sanitaire, etc.

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 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 de l'établissement (PAQ).

ORGANISATION INTERNE

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

Le pilotage de la démarche est assuré par le président du Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS), le praticien hygiéniste et la cadre de santé, membres de l'Équipe 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 Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins.

Une Équipe Opérationnelle en Hygiène assure la mise en œuvre de la politique de maîtrise du risque infectieux, en concertation avec le CLIAS et la CME. Elle est constituée d'un praticien hospitalier hygiéniste, d'une cadre de santé et de trois infirmières hygiénistes, toutes trois titulaires d'un diplôme universitaire en hygiène.

Un praticien hospitalier référent en infectiologie, titulaire d'un Diplôme d'Études Spécialisées de pathologies infectieuses, est identifié avec un temps dédié (0.3 ETP).

Un conseiller hôtelier a pour mission de coordonner la mise en place d'une démarche d'amélioration et d'harmonisation des pratiques de bionettoyage sur l'ensemble des sites du GHBS.

Un réseau de correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux 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.

L'accompagnement des nouveaux arrivants est prévu dans le cadre de leur intégration.

Une organisation est prévue pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

Un dispositif de surveillance et de signalement est prévu pour les infections associées aux soins, les BMR et BHRé, 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.

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

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

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

Les équipements sont prévus : Soluté Hydro-Alcoolique (SHA), équipements de protection individuelles pour les professionnels (masques, lunettes, surblouses en tissu et à usage unique, gants, tabliers à usage unique, etc.), matériels sécurisés pour les gestes invasifs (aiguilles de Huber, aiguilles pour gaz du sang, cathéters, etc.), collecteurs pour objets perforants, etc.

Les interfaces et les circuits sont définis entre les services cliniques, médicotechniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire) et logistiques (linge, déchets, services techniques et achats, société prestataire de bionettoyage) pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. L'

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'Équipe Opérationnelle en Hygiène, relayée par les correspondants en hygiène, lors des restitutions des résultats d'audits, participation à la semaine sécurité, journée nationale « hygiène des mains », etc. Une forte mobilisation des professionnels est conduite par l'EOH sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains, suite aux résultats perfectibles des indicateurs nationaux.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des audits sur le respect des précautions standard et complémentaires sont menés.

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 se sont appropriés le dispositif de signalement des événements indésirables et d'analyse des causes en cas d'évènements indésirables associés aux soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentations 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 correspondants en hygiène clairement identifiés et reconnus par leurs pairs.

L'établissement dispose d'expertises internes (Diplôme Universitaire (DU) en Hygiène, DU qualité et risques, DESC en maladies infectieuses, etc.) et externes.

Un médecin référent en anti infectieux assure un rôle de conseil diagnostique et thérapeutique auprès des prescripteurs.

Des formations et actions de sensibilisation des professionnels sont réalisées en interne au profit des paramédicaux et des agents des services hospitaliers. Afin d'optimiser la prévention du risque infectieux, l'établissement a rendu obligatoire la formation des paramédicaux aux précautions standard. Des actions de sensibilisation sont menées lors des journées nationales « hygiène des mains » et « semaine sécurité patient ». L'EOH intervient régulièrement auprès des équipes soignantes pour les sensibiliser à l'hygiène des mains.

Une nouvelle formation aux techniques de bionettoyage est en cours de préparation dans le cadre de la démarche d'amélioration et d'harmonisation des pratiques.

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.

Des professionnels médicaux et paramédicaux participent à des groupes de travail régionaux, congrès et journées organisées par le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS).

Les ressources en matériels et équipements sont disponibles et utilisées par les professionnels : Solution Hydro-Alcoolique, matériels sécurisés pour les gestes invasifs, équipements de protection individuelle pour les professionnels, collecteurs pour objets piquants et coupants, etc.

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, etc.).

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

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus. Les circuits sont respectés dans les secteurs à risque.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les actions relatives à la maîtrise du risque infectieux.

Cependant, dans un service du pôle gériatrique, les DASRI sont entreposés dans les chambres pendant plusieurs jours, contrairement aux recommandations et au protocole mis à disposition des professionnels.

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.

Les bonnes pratiques de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre dans les secteurs à risque (blocs opératoires, salle de naissance, endoscopie, Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC), etc.).

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

Le dispositif de prévention du risque infectieux issu des signalements est opérationnel.
Les patients sont informés des actions mises en œuvre pour la lutte contre les infections associées aux soins via le livret d'accueil.
Sur les trois sites, le bio nettoyage des locaux est assuré selon deux organisations :
- Par des équipes ASH salariés de l'établissement pour les services cliniques et médicotechniques ;
- Par une société prestataire pour l'entretien des locaux communs et administratifs.
Les bonnes pratiques d'hygiène des locaux sont mises en œuvre, en lien avec l'EOH. Une démarche d'amélioration et d'harmonisation des pratiques est en cours de déploiement (actualisation des protocoles, formation des agents) sous la coordination d'un conseiller hôtelier. La traçabilité des actions de bionettoyage est majoritairement réalisée. La surveillance environnementale est assurée : prélèvements de surface et surveillance de l'air dans les secteurs à risque, surveillance de l'eau.
Une organisation est en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Un praticien hospitalier référent en infectiologie assure un rôle de conseil auprès des prescripteurs. En son absence, un second praticien assure le relai.
Un guide d'antibiothérapie et des protocoles sont mis à disposition des prescripteurs. Un dispositif de surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est en place.
Une réunion hebdomadaire d'infectiologie et de biologie clinique est organisée.
Une alerte dans le logiciel de prescription informatisée informe les praticiens de la nécessité de réévaluer les antibiothérapies entre la 24ème et 72ème heure.
La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure est généralement retrouvée dans les dossiers des patients audités (évaluation datant de mars 2016).
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 œuvre 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, d'indicateurs institutionnels, de l'analyse des événements indésirables associés aux soins, des surveillances environnementales, contrôles microbiologiques des endoscopes, etc.
Des audits sont menés sur le respect des précautions standard et complémentaires.
Le suivi de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes est assuré. 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 direction qualité.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats obtenus avec l'implication des professionnels (rédactions et révisions de protocoles, mise en œuvre de formations obligatoires aux précautions standards et complémentaires, harmonisation des pratiques de bionettoyage sur les trois sites, etc.).
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 correspondants en hygiène, de la diffusion des résultats des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins.
Les professionnels soignants sont informés tout particulièrement des résultats de la consommation de solution hydro-alcoolique pour leur pôle.
Des supports de communication sont diffusés aux professionnels en version papier et via le site intranet (livret spécial certification V2014, résultats de la cartographie des risques du processus, plan d'actions).
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.

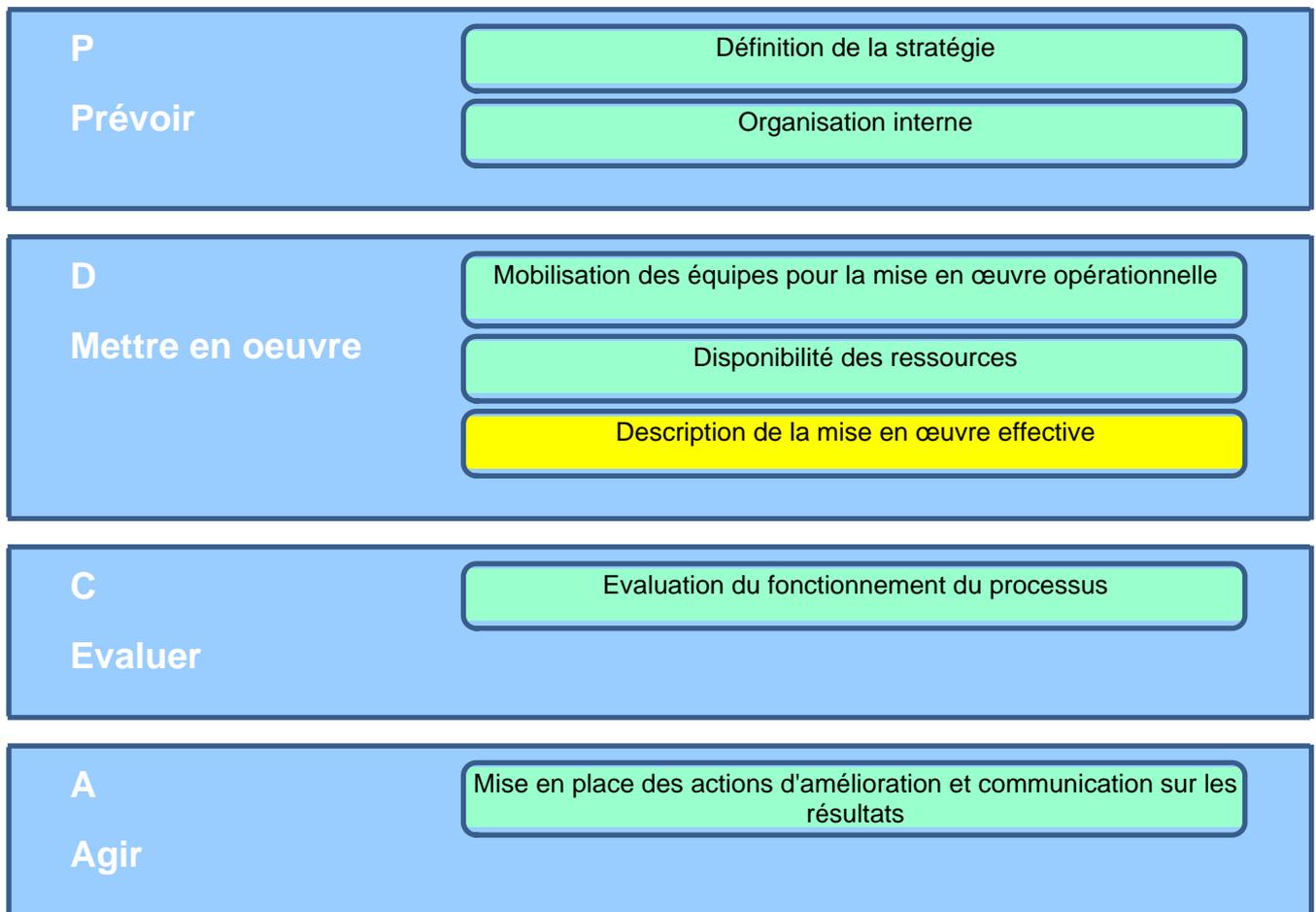
DROITS DES PATIENTS

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

Des axes stratégiques en matière de droits des patients sont inscrits dans le projet d'établissement 2015-2020. Il figure au sein de l'axe 1 « Conforter la place centrale du patient/résident et des usagers », sous la forme de 5 objectifs prioritaires :

- Garantir le respect des droits des patients/résidents ;
- Faire du patient un acteur de sa santé au côté des soignants ;
- Intégrer les aidants dans la démarche de prise en charge des patients/résidents ;
- Associer étroitement les représentants des usagers à la mise en œuvre du projet d'établissement ;
- Conforter les associations d'usagers comme partenaires dans le service rendu aux patients / résidents.

Aussi, l'axe 3 « Partager la qualité et la sécurité du patient / résident » précise comme objectif prioritaire : Fédérer autour du respect des droits de la personne soignée.

Par ailleurs, la politique qualité et gestion de l'établissement intègre également un engagement sur la promotion de la bientraitance et les droits des usagers.

Les représentants des usagers sont associés à cette réflexion.

Une analyse des risques a été réalisée par un groupe de travail animé par le pilote et le copilote de la thématique en mobilisant diverses données tant quantitatives que qualitatives : IQSS, indicateurs, audits, enquête de satisfaction (e-SATIS ou questionnaires de sortie), nombre de réclamations et d'évènements indésirables, diverses EPP. Cette analyse de risques a permis d'identifier 13 risques répartis sous 5 grands thèmes (maltraitance ; projet de soins personnalisés ; restriction des libertés ; directives anticipées ; annonce du dommage lié aux soins).

Suite à cette analyse des risques et à leur hiérarchisation, des plans d'actions prioritaires ont été inscrits dans le compte qualité regroupant 18 actions dédiées aux droits des patients.

Un plan d'actions reprend l'ensemble des actions prioritaires du compte qualité. Il est décliné par objectifs, actions, avec un pilote, un début et une échéance prévisionnelle, des modalités de suivi et l'état d'avancement.

Les usagers sont informés sur leurs droits par le site internet du CHBS, par le livret d'accueil de l'établissement et divers affichages.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « droits des patients ». Les pilotes de processus identifiés sont : la directrice de la clientèle, parcours patients, relations avec les usagers et communication et la cadre de santé de pneumologie.

Les pilotes de processus de la thématique ont été désignés par le directeur général et le président de la CME du CHBS.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés.

La Commission des usagers est en place.

Le CHBS compte 4 représentants des usagers, et des associations d'usagers et de bénévoles s'impliquent dans son activité.

De plus, des groupes de travail spécifique ont été mis en place sur la bientraitance.

L'hébergement, la restauration ou les possibilités d'accès à un soutien psychologique de l'entourage dans les cas qui le nécessitent est possible.

L'information du patient sur son état de santé et sur les soins prodigués, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est organisée. Une organisation permettant le consentement éclairé du patient, et éventuellement son refus de soins est en place.

Les patients pris en charge dans le cadre d'un traitement anti cancéreux bénéficient d'une RCP et d'un projet de soins personnalisé (PSP).

La démarche de projet de vie en USLD est définie.

Des ministres de différentes confessions ou cultes sont accessibles à la demande pour les patients.

Les services MCO du site de Scorff sont composés majoritairement de chambres à un lit (96%). Dans les chambres à deux lits sont prévus des rideaux de séparation ou des paravents permettant de respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité des patients.

Le site de Kerbernés (USLD et SSR) est constitué de chambres seules (52%) et des rideaux de séparation sont prévus dans les chambres doubles. Chacune des chambres (individuelle et double) de ce site ne dispose que d'un lavabo.

Le site de Kerlivio (USLD et SSR) est constitué uniquement de chambres individuelles.

En cas d'annonce d'une situation particulière, les services priorisent une salle ou un bureau qui va permettre d'accueillir les familles.

Le plan de formation du CHBS prend en compte la dimension « droits des patients » en proposant différentes actions de formation, auxquelles sont associés les représentants des usagers.

Les professionnels ont divers documents à leur disposition dans la GED institutionnelle, sur l'intranet du site : pour exemple, « Guide relatif à la confidentialité et au secret professionnel à l'hôpital » ; « Procédure

de gestion de la demande de non divulgation de présence et/ou de refus de visite exprimée par un patient à l'hôpital » ; « Intervention des bénévoles de l'aumônerie dans les services de soins » ; « Protocole d'annonce au patient d'un dommage associé aux soins », etc.

Cependant, les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies. Pour autant, les professionnels médicaux et soignants interrogés connaissent les modalités de signalement en cas de situation de maltraitance.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas formalisé les modalités de mises en place des contentions. L'établissement ne dispose pas de procédure validée décrivant les modalités d'une mise sous contention. Par ailleurs, une feuille « schéma d'aide à la décision de mise en place d'une contention physique passive en urgence (en dehors des heures de présence médicale) » est disponible dans le service de médecine générale à orientation gériatrique. Elle permet, à l'aide d'un algorithme décisionnel, au personnel infirmier de placer un patient sous contention physique sans prescription médicale, la validation médicale devant intervenir dans les 24h de la mise en place de la contention. Suite à une EPP contention, un protocole et une feuille de prescription ont été présentés mi-septembre 2018 à la CME, et une mise en test a été décidée.

Les usagers sont informés au travers de nombreux supports :

- affichages : charte de la personne hospitalisée, charte de la personne âgée dépendante, personne de confiance, directives anticipées, bientraitance, etc ;
- livret d'accueil : charte de la personne hospitalisée, informatique et libertés, droit d'accès à votre dossier médical, droit d'accès aux documents administratifs, directives anticipées, personne de confiance, la possibilité de réaliser une réclamation ou de saisine des médiateurs médicaux ou non médicaux ;
- livrets d'accueil par service : présentation du service, des équipes, préparation de l'hospitalisation, etc ;
- support d'information patient ;
- site internet du CH Bretagne sud.

Un comité éthique est en place. Une assistante sociale est disponible par secteur d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur d'activité a en charge, les actions qui découlent de la politique « droits des patients ». Le programme d'actions qualité institutionnel est décliné en plan d'actions polaire et thématique « droit des patient ». La mise en œuvre est suivie par l'encadrement de chaque secteur de soins. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée (prescription médicale pour les contentions avec réévaluation quotidienne en MCO, mise en chambre sécurisée pour l'accueil des détenus aux urgences). Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies. Une démarche de sensibilisation au recueil des directives anticipées a été engagée. Des groupes de travail mobilisant les équipes soignantes sont mis en œuvre sur des actions en lien avec les droits des patients, notamment sur l'information des patients en cas de dommage associé aux soins. Les professionnels sont tenus informés des résultats des différents audits et du suivi des indicateurs par leur encadrement, et par affichage des résultats des indicateurs et des audits dans les services. Les résultats sont présentés devant les instances (directoire Costrat, CME, CSIRMT, CDU). Les représentants des usagers sont invités à participer à la semaine sécurité patient, à l'élaboration du projet d'établissement 2015-2020, ainsi qu'à différentes démarches engagées par l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre la politique de promotion des droits des patients, Le CHBS dispose de diverses compétences. Pour la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, des équipes mobiles sont en place. Certains personnels ont été formés aux soins palliatifs. Une unité mobile gériatrique intervient à la demande des services pour apporter une expertise médico-psycho-sociale des personnes âgées hospitalisées. Dans le cadre de la prise en charge en oncologie, de nombreux soins de support sont mis à disposition des patients (psychologues, diététiciennes, assistante sociale, Unité Mobile de Gériatrie). Pour aider les services dans la prise en charge des patients, particulièrement en situation de précarité, il existe un service social. De même une Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS) est disponible dans l'établissement. Le CHBS garantit à ses usagers la libre pratique de leur culte dans le respect du bon fonctionnement des services et de la laïcité. Ces derniers peuvent faire appel au représentant des cultes de leur choix. Cette information est donnée aux usagers grâce au site internet de l'établissement, et au livret d'accueil. Les Sites de Scorff (2013) et de Kerlivio (2012) sont récents, le site de Kerbernès (1981) est plus ancien.

Les locaux sont adaptés à la prise en charge des patients. Les sites disposent d'une majorité de chambre individuel. Des rideaux d'intimité sont disponibles dans toutes les chambres à deux lits ou dans des zones le nécessitant pour améliorer la confidentialité et l'intimité des patients.

Un diagnostic accessibilité handicap a été réalisé avec l'aide de représentants des usagers.

Le plan de formation du CHBS, prenant en compte la dimension « droits des patients », est mis en œuvre avec la réalisation de différentes actions de formation, auxquelles sont associés les représentants des usagers :

- Prise en charge des situations de vulnérabilité sociale à risques chez les enfants (8 en 2017) ;
- Les directives anticipées intégrées au parcours patient ;
- Bienveillance et prévention de la maltraitance (23 en 2017) ;
- Suivi référent « humanité » (10 en 2017) ;
- Soins palliatifs en SSR (10 en 2017) ;
- Les droits du patient, charte du patient hospitalisé (11 en 2017) ;
- Annonce d'un dommage lié aux soins (23 en 2017), etc.

Les internes et les nouveaux arrivants bénéficient d'une journée d'intégration où sont abordés des items relatifs aux droits des patients.

Les personnels du CHBS ont à leur disposition divers documents utiles à la prise en charge des patients sur la gestion documentaire : par exemple, « Guide relatif à la confidentialité et au secret professionnel à l'hôpital » ; « Procédure de gestion de la demande de non divulgation de présence et/ou de refus de visite exprimée par un patient à l'hôpital » ; « Intervention des bénévoles de l'aumônerie dans les services de soins » ; « Protocole d'annonce au patient d'un dommage associé aux soins ».

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont connues et mises en œuvre par les personnels. A l'entrée dans le service, un soignant informe le patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance. Le patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Ces informations sont disponibles par voie d'affichage, dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHBS.

Les patients sont informés autant que de besoin sur leur état de santé et les soins proposés, incluant la réflexion bénéfique/risque. Le recueil du consentement du patient est systématiquement formalisé pour les actes invasifs (ex. : intervention chirurgicale, endoscopie, téléradiologie, etc.).

L'organisation et les pratiques des professionnels permettent de respecter l'intimité et la dignité des patients, particulièrement lors des toilettes et des soins, ainsi que la confidentialité des échanges.

Toutefois, les pratiques des professionnels ne permettent pas toujours de garantir le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Dans les unités de soins (rhumatologie, maladies infectieuses et médecine interne, ORL, pneumologie) les chariots contenant les dossiers des patients hospitalisés sont laissés dans les couloirs sans surveillance et ne sont pas sécurisés. Les bureaux infirmiers sont ouverts et non sécurisés dans de nombreuses unités et permettent d'accéder aux dossiers des patients. Les plans de soins sont visualisables sur les ordinateurs fixés sur les chariots de soins dans le couloir de circulation pendant que les professionnels soignants sont occupés dans les chambres des patients.

Des documents d'information sont remis au patient pour les informer de leurs droits.

Des projets de soins personnalisés en SSR et des projets de vie à l'USLD sont mis en œuvre.

La Commission des usagers se réunit 4 fois par an conformément aux dispositions établies.

La Commission des usagers étudie les plaintes et réclamations, les demandes de dossiers médicaux, la satisfaction des patients, les éloges, et est informée des événements indésirables. Un rapport annuel est réalisé chaque année pour la CDU.

Cependant, la composition, le rôle et les missions de la Commission des usagers ne sont pas affichés dans l'ensemble des secteurs de l'établissement et ne sont pas insérés dans le livret d'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHBS assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « droits des patients » par la mise en place de plusieurs modalités d'évaluation :

- Suivi de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie, e-satis) ;
- Évaluation du recueil de la personne de confiance (indicateur IQSS Tenue du dossier patient critère 9, audits du dossier de soins) ;
- Suivi du nombre de FEI déclarées « droits des patients » ;
- Suivi du nombre de professionnels formés (médicaux et paramédicaux) ;
- Audit d'évaluation portant sur l'appropriation de la démarche institutionnelle d'annonce décrite dans le protocole ;
- EPP contention des personnes hospitalisées ;

- Nombre de réclamations, d'éloges, de médiations.

A / AGIR

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

L'établissement met en œuvre le plan d'actions structuré issu de son compte qualité. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, en lien avec la Commission des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

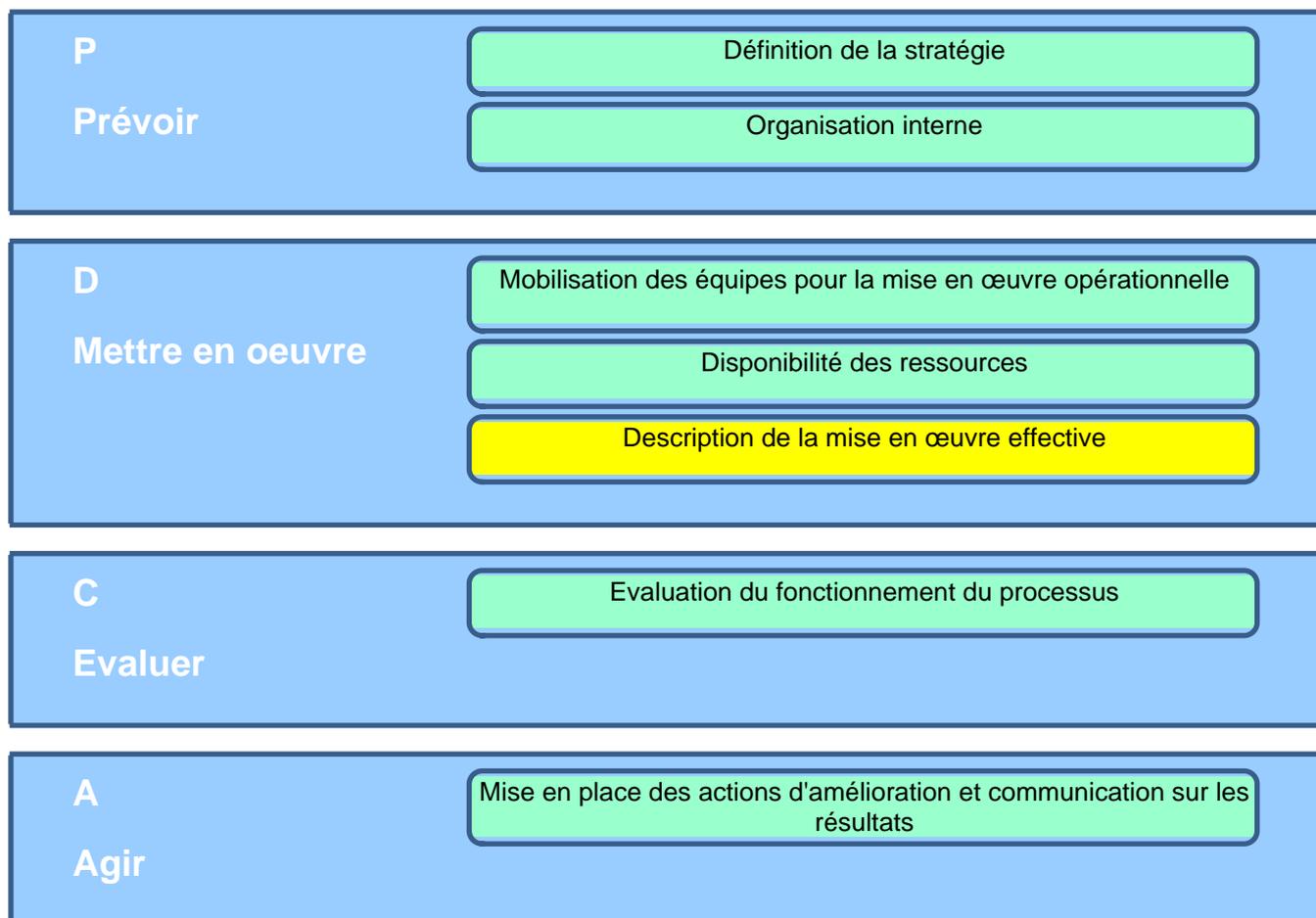
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Issu de la fusion des hôpitaux de LORIENT et d'HENNEBONT, le Centre Hospitalier Bretagne-Sud (CHBS) est depuis le 1er janvier 2018 intégré au Groupement Hospitalier de Territoire SUD Bretagne (GHTSB) qui comprend seize sites répartis sur neuf communes situées dans les départements du Finistère (29) et du Morbihan (56). Au niveau du territoire, le Groupement Hospitalier de Territoire SUD Bretagne (GHTSB) comprend le GHBS, établissement support, et l'EPSM Charcot à CAUDAN. L'offre de soins est répartie non seulement sur le GHTSB, mais aussi étendue au GHT centre de PONTIVY. Les partenariats se font non seulement au sein du territoire Sud Bretagne, mais aussi entre les territoires Bretagne-Sud et Bretagne-Centre.

Il existe une politique d'amélioration du « Parcours patient » au sein du CH Bretagne Sud qui prend en compte les besoins de la population. Cette politique est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement. Elle est formalisée dans le projet d'établissement 2015-2020, ainsi que dans le CPOM 2013-2018 négocié avec l'ARS de Bretagne en 2015.

Cette politique fixe les objectifs d'amélioration en prenant en compte les résultats de la précédente visite de certification, l'analyse du compte qualité, l'analyse des risques, les résultats des indicateurs et des différentes évaluations.

Certains objectifs ciblent l'amélioration des filières de soins transversales comme la périnatalité, les addictions, les maladies chroniques, l'AVC, l'éducation thérapeutique. Au sein du territoire, une attention particulière est portée sur la promotion de la santé des populations fragiles : personnes âgées, personnes handicapées, enfants et adolescents. Toujours au sein du territoire, les orientations stratégiques portent sur les urgences, la santé mentale, les détenus et la chirurgie ambulatoire.

La politique est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement. Le programme est présenté à la Commission des usagers. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQ) de l'établissement.

Elle tient compte des moyens nécessaires, notamment en ressources humaines, en moyens financiers et matériels. La politique est diffusée en interne à l'ensemble des professionnels, et en externe au sein du territoire. L'évaluation des risques en lien avec chaque étape du parcours patient a été réalisé de manière pluridisciplinaire. Ces risques ont été hiérarchisés et analysés au sein du compte qualité.

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs tel que le tableau de bord d'activité et le taux d'occupation de chaque secteur d'activité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus.

Le pilotage est assuré par un groupe pilote, des copilotes de processus et un groupe de travail. Le groupe pilote comprend le président de la CME, la coordinatrice générale des soins, et la directrice de la clientèle, du parcours patients, des relations avec les usagers et de la communication. Deux cadres supérieurs de santé sont copilotes du processus. Trois groupes de travail constitués de professionnels médico-soignants se sont répartis sur les thématiques pré-admission-accueil, évaluation initiale et continue de la prise en charge, sortie du patient. Les représentants des usagers font partie de ces trois groupes.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Chaque groupe de travail a évalué les risques en lien avec chaque étape du parcours patient.

Au regard de ses 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 fixés. Une organisation interne assure l'adéquation des ressources, et notamment des compétences (qualitative et quantitative) aux besoins des prises en charge.

Le CHBS exerce une activité MCO - SSR - SLD. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont adaptés aux besoins. Chaque secteur d'activité possède un tableau de service jour et nuit. Le recours à l'intérim médical ne se fait qu'en anesthésie.

La formation des professionnels, médicaux et paramédicaux, est garantie. Il existe des formations institutionnelles obligatoires telles que la formation aux gestes d'urgences (AFGSU de niveau 1 et 2) et incendie, la formation à l'outil informatique et le risque transfusionnel. D'autres formations sont proposées comme la nutrition, les plaies et cicatrisation, la prise en charge de la douleur, l'hypnose, ou la prise en charge et le repérage de la crise suicidaire. Un accueil spécifique avec une formation à l'outil informatique et la prescription médicamenteuse informatisée est défini. Un livret d'accueil leur est remis à cette occasion.

Un parcours d'intégration dont la durée dépend de la spécialité du secteur d'activité est organisé pour les paramédicaux.

La base documentaire est déposée sur l'intranet avec un accès sécurisé. Elle comprend des procédures et des protocoles accessibles à l'ensemble des professionnels. On trouve à titre d'exemples des procédures d'admission dans les secteurs d'activité, des procédures d'orientation à partir des urgences, la procédure

urgence vitale dans l'établissement, et des protocoles de soins.

La procédure sur la prise en charge de l'urgence vitale au sein de l'établissement est déclenchée par un numéro d'appel dédié. Elle mobilise en même temps l'anesthésiste, le réanimateur et l'urgentiste. Chaque secteur d'activité est doté d'un chariot d'urgence.

Cependant, la procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est en partie définie. Il n'y a pas de procédure définie sur la prise en charge d'une urgence vitale sur les parkings de l'hôpital.

Il existe des documents destinés plus particulièrement aux patients tel que le livret d'accueil. Le patient peut être intégré à l'un des onze programmes d'éducation thérapeutique portant sur l'asthme, la BPCO, les anticoagulants, le diabète, ou l'insuffisance cardiaque.

Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins de la population accueillie. Ainsi les locaux permettent l'accès des personnes à mobilité réduite. Il existe des matériels dédiés à la prise en charge de la personne âgée tels que des matelas anti escarres, des fauteuils, ou des cadres de marche. Les deux SSR situés respectivement sur KERLIVIO et sur KERBERNES possèdent un plateau de rééducation fonctionnelle avec un équipement adapté à la rééducation de la personne âgée. Afin d'assurer l'urgence vitale, il existe dans chaque secteur d'activité un chariot d'urgence.

Des ordinateurs sont prévus en nombre dans chaque secteur d'activité. Le système d'information comprend un intranet assurant la diffusion des informations à l'ensemble des professionnels. Ce système possède un accès sécurisé pour chaque professionnel. Le dossier patient informatisé est en cours de déploiement.

L'organisation de la prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est assurée. L'établissement assure la prise en charge de pathologie aiguë et chronique. Il accueille des populations spécifiques telles que des enfants, des personnes âgées, des patients handicapés, des personnes démunies, des détenus, des patients présentant des troubles psychiatriques.

Pour chacune de ces prises en charge, le parcours du patient est assuré par des professionnels dédiés et formés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Les sites de KERLIVIO et KERBERNES assurent une activité de SSR gériatrique et polyvalent ainsi que les prises en charge en USLD.

Le site de Scorff assure l'essentiel de l'activité MCO.

Le parcours du patient est organisé en filière.

La filière gériatrique est assurée avec 54 lits de gériatrie sur le site Scorff, une HDJ sur le site de KERLIVIO, des consultations mémoires et un SSR gériatrique. L'équipe mobile de gériatrie donne des avis aux urgences et dans l'ensemble de l'établissement.

La cancérologie médicale et chirurgicale est assurée au sein de l'établissement. Il existe au sein de chaque secteur d'activité un trio (IDE-AS-médecin) référent en soins palliatifs. 12 lits identifiés soins palliatifs sont répartis sur les services d'onco-hémato, hépato-gastro-entérologie, médecine polyvalente et médecine gériatrique. Les soins palliatifs sont assurés dans les différents secteurs d'activités médicales, y compris en SSR et USLD. Une équipe mobile de soins palliatifs est disponible à la demande des professionnels.

L'établissement est support de la filière AVC. Le parcours mobilise l'urgentiste, le radiologue et le neurologue d'astreinte. Après avoir obtenu les résultats de l'IRM, le neurologue discute l'indication d'une thrombolyse et l'orientation en USINV. Si la thrombolyse a lieu, celle-ci est réalisée au SAU en SAUV, avec une surveillance de 2 heures, avant orientation en USINV. Cette USINV comprend 6 lits.

La filière cardiologique comprend une USIC de 8 lits, un service de cardiologie, un cardiologue de garde et un coronarographe d'astreinte. Il existe également une salle de rythmologie et un secteur pour assurer les explorations fonctionnelles cardiaques. Si une chirurgie cardiaque est envisagée, le patient est transféré au CHU de Brest ou de Rennes. La chirurgie vasculaire et thoracique sera orientée vers la clinique mutualiste.

Dans un bâtiment annexe au bâtiment principal de l'hôpital Scorff se trouve le pôle Femme-Mère-Enfant. Il comprend une maternité de niveau 2b avec un service de néonatalogie, un service de pédiatrie (24 lits) et un accueil en urgence dédié. Le service d'obstétrique assure également une assistance à la procréation médicalement assistée et de l'orthogénie.

Le service de chirurgie participe à la Permanence de Soins en Établissement de Santé (PDES) pour la chirurgie viscérale, l'orthopédique et l'ORL. Les chirurgiens sont en astreinte opérationnelle la nuit.

L'urologie et la chirurgie vasculaire sont assurées à la clinique mutualiste située à proximité.

Un secteur de chirurgie ambulatoire est identifié pour l'ORL, la stomatologie, l'ophtalmologie, la chirurgie viscérale, orthopédique et gynécologique. L'évaluation du risque nutritionnelle est faite à chaque hospitalisation et notée dans le dossier patient informatisé (DPI). Il existe un CLAN et des diététiciennes.

Il existe un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et /ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.

Le service des urgences adultes accueille la pathologie médico-chirurgicale de l'adulte, la traumatologie pédiatrique, la psychiatrie en urgence, les détenus du centre pénitentiaire LORIENT-PLOEMEUR. L'antenne SMUR est régulée par le SAMU 56 à Vannes.

Les soins critiques sont assurés au sein d'une réanimation adulte, d'une USC et d'une USIC (8 lits).

La prise en charge de la santé mentale sur l'établissement est organisée en lien avec l'Établissement

Public de Santé Mentale CHARCOT situé à CAUDAN. Cet établissement est référent pour l'hospitalisation en psychiatrie des adultes et adolescents. La prise en charge somatique des patients présentant un trouble du comportement est assurée par l'urgentiste avant transfert vers l'EPSM de CAUDAN. En cas de repérage du risque suicidaire, il est possible d'avoir recours à un psychologue ou psychiatre de CAUDAN.

Des consultations d'addictologie sont organisées.

Les règles de présence et le système des gardes et astreintes, afin d'assurer la permanence des soins 24H/24, sont définies.

Le dossier patient intègre toutes les données nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient. Il assure la traçabilité des différents intervenants tels que l'assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, etc. L'informatisation du DPI étant en cours de déploiement, il existe une phase de transition où la traçabilité se fait sur papier et sur informatique.

Les bilans biologiques sont intégrés au logiciel métier et consultables par tous les professionnels. Il conserve les résultats biologiques antérieurs et permet ainsi de noter l'évolution.

Les résultats de tous les examens radiologiques (radio standard, échographie, scanner, IRM) sont accessibles sur le logiciel métier par l'ensemble des professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus, et impulsent une démarche d'amélioration au sein de leurs secteurs.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

A titre d'exemples :

- En SSR et USLD les équipes se sont mobilisées pour prendre en considération les résultats de la précédente certification. Elles ont travaillé à l'élaboration du projet de soins en SSR et du projet d'accompagnement personnalisé en USLD.

- Il existe un médecin référent de l'éducation thérapeutique. L'ensemble des professionnels est sensibilisé au développement des onze programmes d'éducation thérapeutique autorisés sur l'établissement. Cette mesure est une mesure corrective apportée à la recommandation de la dernière certification.

- Suite au groupe de travail sur l'accueil, il a été décidé de mettre en place une check-list pour s'assurer de la prise en compte des différentes étapes nécessaire à l'accueil : personne de confiance, personne à prévenir, coordonnées administratives.

- L'équipe mobile de gériatrie intervient aux urgences adultes tous les matins. Cette intervention permet de repérer les risques de ré hospitalisation des personnes âgées, de faciliter l'orientation vers le domicile permettant ainsi de diminuer ou d'éviter certaines hospitalisations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les compétences et effectifs sont disponibles et adaptés dans chacun des secteurs d'activité. Le recours à l'intérim médical se fait en anesthésie pour assurer la permanence des soins.

Elles permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés.

La permanence des soins est assurée par des gardes et astreintes effectives de praticiens. Ainsi sont de garde les urgentistes, le pédiatre, le gynéco obstétricien, deux anesthésistes, un réanimateur, un cardiologue, un radiologue. Les chirurgiens viscéraux, orthopédiques et ORL garantissent la permanence des soins.

Les astreintes des gériatres, du coronarographe, du neurologue, de l'hépto-gastro-entérologue, du pneumologue, du diabétologue, du médecin de spécialités sont opérationnelles

La prise en charge des patients hospitalisés dans l'établissement est assurée durant la permanence des soins en chirurgie et en médecine.

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées.

Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences.

Les avis compétents sont recherchés dans l'établissement et à l'extérieur de l'établissement. Il existe un répertoire des spécialistes disponibles sur tous les téléphones avec un menu déroulant. Cette liste de référents spécialistes est également accessible sur intranet.

Les professionnels en poste sont formés à la prise en charge des urgences vitales. Ils sont également formés à l'outil informatique et le risque transfusionnel, à la nutrition, aux plaies et cicatrisation, à la prise en charge de la douleur, à l'hypnose, à la prise en charge et le repérage de la crise suicidaire, à la

prise en charge des populations et pathologie spécifiques...
 Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés.
 L'utilisation d'outil d'aide à la communication entre professionnel est développée.
 Les documents pour les professionnels et pour les patients sont disponibles. Dans les secteurs concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles pour l'ensemble des professionnels. Des documents d'information sont mis à disposition des patients.
 Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.
 Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible dans tous les secteurs d'activité.
 L'accès au plateau technique est facilité en permanence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent les organisations définies et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.
 Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et comprennent l'ensemble des étapes de la prise en charge.
 La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.
 Le dossier patient informatisé assure la traçabilité des données administratives. Dès l'accueil, une check-list permet de tracer la personne à prévenir et la personne de confiance. Dès l'admission dans un secteur d'activité, le poids et la taille sont tracés dans le DPI. Une analyse de la courbe de poids au fur et à mesure des différentes hospitalisations permet d'apporter des mesures correctives en lien avec la diététicienne et le médecin. La diététicienne trace dans le dossier ses recommandations.
 Le DPI permet la traçabilité des anciens passages, des comptes rendus des anciennes hospitalisations, de l'historique des bilans biologiques et examens radiologiques. Il y a de ce fait moins de recours aux archives pour consulter le dossier papier.
 En cas de risque suicidaire identifié, le recours au psychologue ou au psychiatre est effectif. Il existe un espace dédié à la traçabilité de leurs comptes rendus dans le DPI.
 La prise en charge du patient, établie en fonction de l'évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge.
 La prise en charge reposant sur des réunions pluri professionnelles et /ou pluridisciplinaires est tracée dans les dossiers. Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge du patient trace son examen. Actuellement, l'informatisation n'étant que partielle, la traçabilité s'effectue soit sur papier, soit sur le DPI. Un logiciel commun au territoire a été décidé afin de faciliter le recueil et le partage de données.
 Le projet de soins personnalisé concerté, intégrant la réflexion bénéfique risque, réévalué est mis en place en SSR et USLD. En SSR il est réévalué toutes les semaines. En USLD une fois par an.
 Onze programmes d'éducation thérapeutique portant sur l'asthme, la BPCO, les anticoagulants, le diabète, ou l'insuffisance cardiaque sont mis en oeuvre.

Cependant, les demandes d'examen de biologie médicale ne sont pas identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), ni signées : dans tous les services de l'établissement, les demandes d'examens de biologie sont remplies par l'infirmière sur indication écrite mais non signée du médecin.

De plus, lors de la sortie, les modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs ne sont pas toujours effectives. Lors de la visite terrain et de l'analyse du patient traceur, les experts visiteurs n'ont ni retrouvé la lettre de liaison ni le compte rendu opératoire de chirurgie orthopédique. Le patient a été opéré puis transféré du service de chirurgie orthopédique en SSR. Seule une synthèse des antécédents médicaux et de l'histoire clinique a été inscrite dans la macrocible d'entrée par l'infirmière. Il n'y a pas de synthèse médicale permettant d'assurer la continuité de la prise en charge. Ce constat est aussi confirmé par les résultats des indicateurs IQSS 2015 sur la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient en MCO.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).
 L'établissement recueille la satisfaction des usagers par des enquêtes de satisfaction régulières.
 L'analyse des plaintes et réclamations a conduit à une évaluation de la procédure d'accueil.
 Des EPP et RMM sont recensées dans le tableau de bord. Une évaluation du risque nutritionnel en péri opératoire inclut les services d'anesthésie, d'hépatogastro-entérologie, de médecine et de chirurgie viscérale. Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans l'ensemble des secteurs d'activité sont conduites. A titre d'exemple, on retrouve une analyse des chutes pour les patients hospitalisés en médecine polyvalente, gériatrie, SSR et USLD. L'évaluation de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë et en post AVC porte sur les troubles de déglutition et les modalités de rééducation.

Les chariots d'urgence sont régulièrement évalués par des audits.
Le bilan de mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé a minima une fois par an.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les différents axes d'amélioration sur les parcours des patients portent sur plusieurs points, dont le dispositif d'accueil avec formation à la création du dossier par un personnel dédié, le plus souvent confiée à des secrétaires administratives. Une check-list d'accueil a été mise en place pour garantir le renseignement des points fondamentaux comme les coordonnées téléphoniques, la personne à prévenir ou la personne de confiance. L'informatisation du dossier patient en cours de déploiement améliore le recueil de données, la traçabilité des différents intervenants et la communication des informations entre les secteurs. Le repérage des troubles nutritionnels est facilité par cette informatisation.

L'analyse des chutes dans les différents secteurs d'activité a conduit à des mesures d'amélioration comme le port de chaussures adaptées, la mise à disposition de cadres de marche, la prescription de barrières, ou la réflexion sur des traitements sédatifs la nuit.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

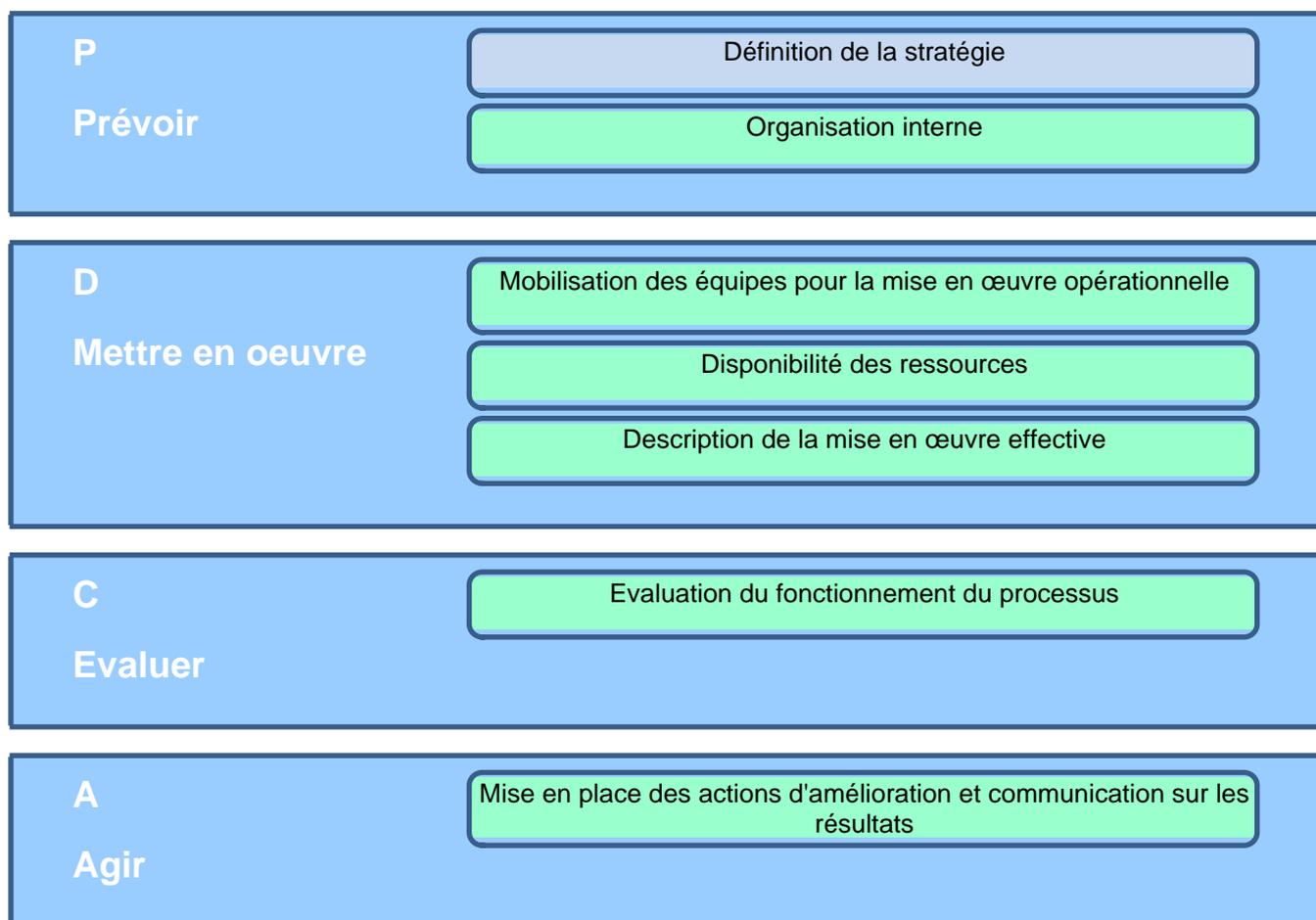
DOSSIER PATIENT

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 dossier patient du Centre Hospitalier Bretagne Sud (CHBS) est basé sur un dossier papier, présent dans tous les services de l'établissement, accompagné par un dossier patient informatisé (DPI) partiel, en cours de déploiement. Afin d'identifier les risques liés à l'utilisation du dossier patient, l'établissement a mis en place, autour de la Commission du Dossier Patient (préexistante), un groupe de travail pluridisciplinaire de 15 personnes, représentant tous les secteurs concernés par le dossier patient et comportant au moins un membre de chaque métier impliqué dans la gestion de ce dossier : Assistante Médico-Administrative (AMA), soignants, médecins, personnels administratif, etc. Ce groupe comporte également un membre du service qualité de l'établissement, pour assurer l'assistance méthodologique nécessaire. Les pilotes de ce groupe ont été formés à l'identification des risques. Ce groupe s'est réuni 16 fois entre janvier et octobre 2017. Il a réalisé une carte d'identité du processus, qui détaille les différentes étapes de la gestion du dossier patient au sein de l'établissement, mais aussi les sous-processus supports ainsi que les sous-processus de pilotage (15 sous-processus au total).

Cette carte d'identité a servi de base de travail à la réalisation d'une cartographie détaillée des risques a priori liés au dossier du patient et à sa gestion.

D'autres sources, comme les indicateurs IQSS, les résultats d'audits précédents, des patients traceurs et les résultats des précédentes visites de certification, ont également été utilisés pour compléter l'identification des risques liés à cette thématique.

La cartographie résultante comporte 65 risques, dont 33 ont été jugés prioritaires par le groupe de travail et ont été intégrés au compte qualité de l'établissement.

Cette cartographie a été utilisée pour définir un plan d'actions sur la thématique du dossier patient, qui comporte 39 actions. Pour chacune de ces actions, un pilote a été désigné par le groupe et un échéancier a été défini. Parmi ces actions, 22 ont été considérées comme prioritaires et ont été intégrées au compte qualité.

La cartographie des risques et le plan d'actions ont été présentés à la CME du 19 décembre 2017 et sous forme synthétique à la réunion des cadres du 26 mars 2018.

L'ensemble de ce travail a permis la rédaction d'un document qui définit la politique du dossier patient au CHBS.

Cette politique reprend :

- Les enjeux liés à la gestion du dossier patient ;
- les grandes lignes de l'organisation mise en place ;
- le contenu du dossier ;
- le dispositif d'amélioration continu mis en place autour de cette thématique.

Cette politique a été validée par le directoire de l'établissement en juin 2018 et est disponible dans le système de gestion documentaire de l'établissement.

Par ailleurs, les questions liées à l'accès du patient à son dossier ont été traitées par le groupe « droits des patients », en lien avec les représentants des usagers, avec la même méthodologie. Lors de cette analyse, 6 risques ont été identifiés en relation avec l'accès du patient à son dossier et une action proposée.

ORGANISATION INTERNE

Le processus du dossier patient est piloté par la Commission du Dossier Patient, dont le président est un médecin de l'établissement, assisté par un cadre supérieur de santé.

Cette commission se réunit au moins 4 fois par an pour suivre l'avancement des actions du plan d'actions et évaluer les ajustements à mettre en place.

Il existe également un Comité de Pilotage du Dossier Patient Informatisé, qui suit le déploiement du DPI dans l'établissement.

L'organisation prévue pour le dossier patient est homogène sur l'ensemble de l'établissement, que ce soit sur le site du Scorff ou dans les établissements périphériques (centre gériatrique de Kerbernès, et centre SSR et gériatrie de Kerlivio) :

- Dans quasiment tous les services (les exceptions sont l'anesthésie, la réanimation, l'hémodialyse et l'Unité Sanitaire en Milieu Carcéral), la prescription et l'administration médicamenteuse sont informatisées ;
- L'accès à l'imagerie médicale et aux résultats des examens de biologie se fait toujours par le biais de l'outil informatique ;
- Tous les comptes rendus (hospitalisation, passage aux urgences, interventions chirurgicales, consultations et examens externes réalisés au sein du CHBS) sont également disponibles via le DPI ;
- Le service des urgences dispose d'un logiciel métier spécifique utilisé pour toutes les données du patient (qui sert à l'établissement du compte rendu de passage aux urgences) et les prescriptions médicamenteuses pour les patients appelés à être hospitalisés sont réalisées dans le DPI commun à l'

établissement ;

- Le service de radiothérapie utilise un logiciel dédié spécialisé pour les données « techniques » liées au traitement du patient, et les données médicales sont identiques à ce qui est retrouvé dans le reste de l'établissement ;
- Certains résultats d'exams externes réalisés en dehors du CHBS sont numérisés et/ou intégrés dans le DPI par une équipe centralisée et spécialisée, pilotée par le médecin DIM de l'établissement ;
- Toutes les autres informations du dossier médical (feuilles de surveillance, transmissions ciblées paramédicales, observations médicales, etc.) sont intégrées dans un dossier médical unique sur l'établissement, décomposé en « sous-dossiers » pour des raisons pratiques : dossier du séjour en cours, dossier transfusionnel, dossiers spécifique (radiothérapie, etc.).

L'organisation est décrite dans une série de documents, mise à jour en juillet 2018 et intégrés dans la gestion documentaire électronique (GED) de l'établissement, qui détaillent également les modalités de rangement et de tenue du dossier.

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

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

Une organisation est prévue pour permettre le rapatriement des dossiers en amont d'une hospitalisation ou d'une consultation. De même, après chaque séjour, la secrétaire du service est chargée de ranger le dossier en fonction des règles décrites dans le système documentaire, puis le dossier est archivé de manière centralisée.

Des locaux sont prévus pour assurer le rangement du dossier papier : un archivage centralisé en dehors de la ville (mais géré par le CHBS), un local tampon de quelques semaines dans le bâtiment principal du site du Scorff, puis, pour les services MCO, des locaux intermédiaires (pour la journée) par étage. Pour tous ces locaux, un accès sécurisé par code ou badge est prévu.

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

En cas de problème avec le système informatique, une organisation est prévue pour signaler les incidents et suivre leur résolution (système de tickets) via l'intranet. En dehors des heures ouvrables, une astreinte est assurée par le service informatique de l'établissement.

En cas d'impossibilité de remise en service du système dans un délai compatible avec la prise en charge des patients, un mode dégradé est prévu : dans chaque unité, un ordinateur spécifique permet d'accéder à une copie locale des prescriptions (copie réalisée automatiquement plusieurs fois par jour). Des dispositions sont prévues pour vérifier le fonctionnement de ce mode dégradé dans chaque service une fois par semaine et la traçabilité de cette vérification est prévue également.

Toutefois, ces dispositions ne permettent d'assurer complètement la continuité des activités en cas de panne : le mode dégradé en cas de panne informatique n'est pas complètement défini au niveau du service des urgences. Il n'existe pas de procédure formelle et le mode dégradé du DPI de l'établissement, utilisé également par les professionnels des urgences, n'est pas déployé dans ce service.

Les droits d'accès aux différents éléments du dossier, suivant la catégorie du personnel, sont pilotés par la Commission du Dossier Patient, qui valide une grille des profils. Cet outil est utilisé sur le plan opérationnel pour créer les nouveaux accès à chaque fois que cela est nécessaire.

Des dispositions sont prévues pour la gestion des droits (codes provisoires) pour les intérimaires et/ou les remplacement inter-services provisoires.

La formation des nouveaux utilisateurs est prévue par tutorat. Dans certains services, l'encadrement a mis en place des documentations (fiches, notices) pour les feuilles du dossier spécifique au service.

En ce qui concerne l'outil informatique, des formations sont systématiquement prévues pour les nouveaux arrivants. De plus, 4 référents DPI ont été désignés et disposent d'un temps spécifique pour assister les utilisateurs. La documentation du logiciel est disponible en totalité en ligne. Pour les médecins, un référent médical a été désigné dans chaque service.

L'accès du patient à son dossier est organisé par des procédures et pilotée par la Direction Clientèle, Parcours Patients et Relations avec les Usagers, qui en assure le suivi et l'évaluation.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cartographie des risques liés au dossier patient, le plan d'actions associé et la politique institutionnelle du dossier patient ont fait l'objet d'une large diffusion, à l'échelle de l'établissement : ils ont été présentés à la CME du 19 décembre 2017, à la réunion des cadres du 26 mars 2018 et, sous forme synthétique, et ont été diffusés à l'ensemble des agents dans le document relatif à la préparation de la visite de certification 2018.

De plus, la réalisation de nombreux patients traceurs (24 sur l'année 2017) a permis de sensibiliser de

nombreux professionnels à l'importance d'une bonne tenue du dossier.
Dans plusieurs secteurs (USLD pour la traçabilité de la douleur, ou du score de BRADEN pour la prévention des escarres, par exemple), des plans d'actions spécifiques ont été déclinés localement.
Dans tous les secteurs, les cadres vérifient la mise en œuvre des dispositions prévues pour la bonne gestion du dossier patient : traçabilité des différents éléments, accès de tous les professionnels aux éléments les concernant, matériel en quantité suffisante et en bon état.
Les réunions de service sont l'occasion de lancer des actions de sensibilisation et de correction si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en professionnels (référénts, archivistes, secrétaires, etc.) sont disponibles et permettent de mettre en œuvre le processus conformément à l'organisation prévue.
De très nombreuses formations sont réalisées dans le cadre des plans de formations annuels, que ce soit sur le dossier patient informatisé (notamment dans le cadre du déploiement), mais aussi du dossier patient papier unique. Le dossier patient informatisé est disponible dans tous les secteurs de l'établissement, même dans les secteurs où il n'est pas utilisé (ce qui permet d'accéder à l'essentiel de l'historique médical : comptes rendus d'examen, résultats d'analyse, etc.).
La documentation relative au dossier du patient, que ce soit sur la GED (pour le dossier papier) ou intégrée dans le logiciel pour le DPI, est accessible à l'ensemble du personnel, sur tous les sites du CHBS, et connue des professionnels.
Les locaux et le matériel prévus, notamment les chariots et le matériel informatique, sont présents en quantité suffisante dans tous les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

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

L'ensemble des actes et observations médicales et paramédicales font l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient.

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

Toutefois, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. Pour les dossiers relatifs à un séjour de moins de 5 ans, la moyenne du délai d'envoi après une demande conforme est de 8,7 jours alors que la réglementation prévoit que le dossier doit être envoyé dans les 8 jours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise de nombreuses évaluations sur la thématique du dossier patient :

- Les indicateurs nationaux IQSS sont mesurés pour toutes les prises en charge pour lesquelles c'est pertinent.
- L'établissement a réalisé 24 patients traceurs en 2017 et 22 sont prévus au total pour l'année 2018. Cela a permis d'évaluer l'utilisation du dossier patient dans tous les secteurs du CHBS.
- Des audits sont organisés régulièrement à l'échelle de l'établissement : Transmissions ciblées en 2014 et 2016 (y compris traçabilité de la douleur et de la recherche de la personne de confiance), procédure de sortie en 2018.
- Dans plusieurs services (USLD en 2016, par exemple), des audits plus spécifiques ont été menés.

Pour chaque demande, le délai d'accès du patient à son dossier est mesuré systématiquement par la Direction Clientèle, Parcours Patients et Relations avec les Usagers qui, annuellement, réalise un bilan à l'intention des membres de la Commission des usagers.

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

Les résultats des différentes évaluations sont portés à la connaissance des différents professionnels, en Commission du Dossier Patient, en Comité Stratégique Qualité, en CME, en réunion de cadres et en CSIRMT. Les cadres diffusent auprès des équipes les résultats qui les concernent et prennent les mesures nécessaires (sensibilisation, suivi régulier, etc.).

Les évaluations donnent lieu à la mise en place d'actions d'amélioration. Par exemple, l'évaluation de 2016 sur la prise en charge de la douleur a conduit à la modification de la fiche de relevé, afin de faciliter la traçabilité.

Les différentes actions sont intégrées au plan d'actions de la thématique et aux PAQ. Ainsi, l'analyse des 24 patients traceurs a entraîné l'ajout de 57 actions dans les différents PAQ des pôles.

Les données liées au délai d'accès du patient à son dossier sont présentées annuellement à la Commission des usagers.

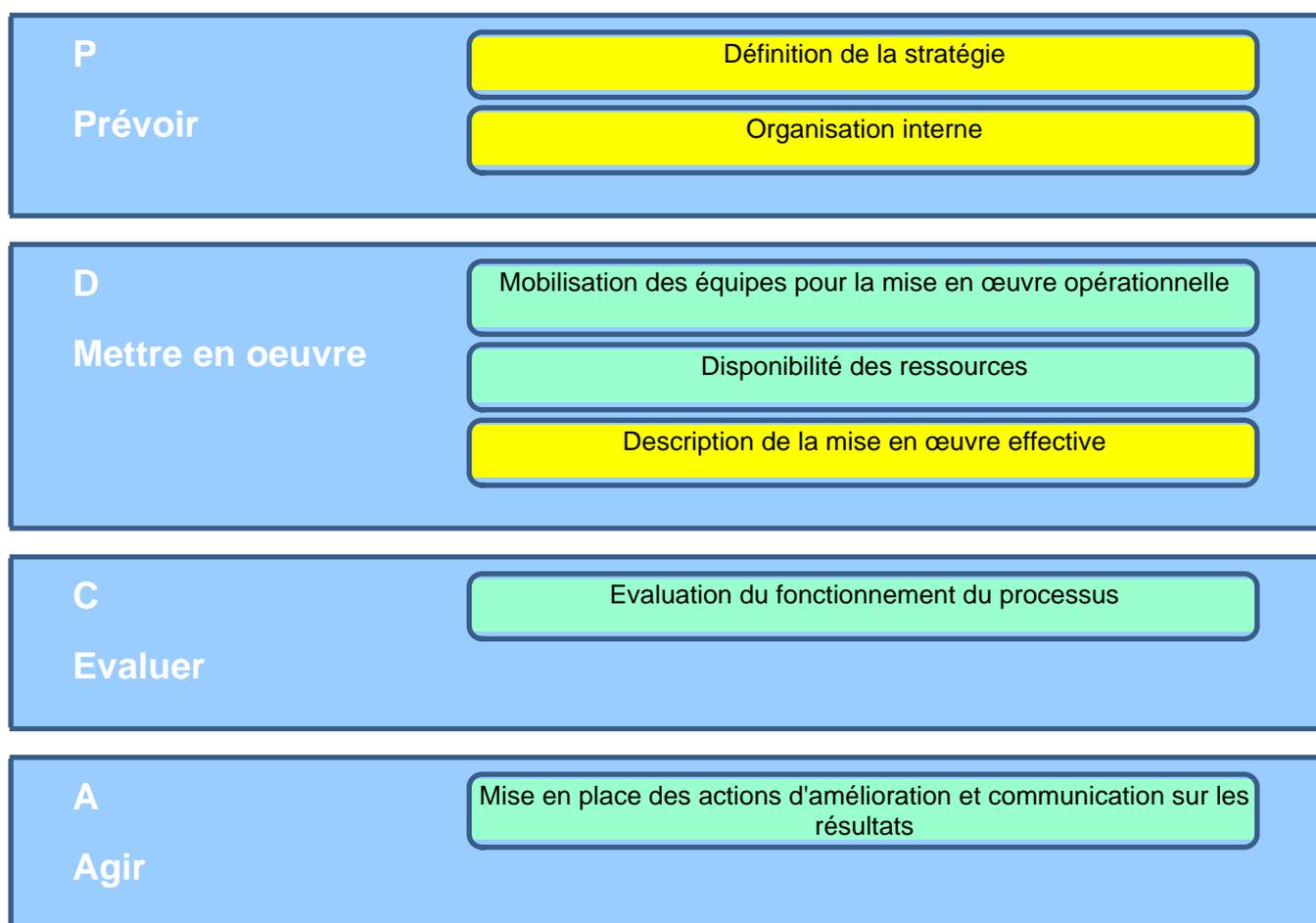
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) 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 politique est formalisée au travers du projet d'établissement 2015-2020 et d'une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle intègre notamment des dispositions spécifiques relatives à la prise en charge des patients âgés et le bon usage des antibiotiques. La démarche d'identification des risques a été réalisée pour chaque étape du circuit du médicament. Elle a été conduite par un groupe de travail pluridisciplinaire à partir de plusieurs sources de données : cartographie des risques a priori, réglementation en vigueur et recommandations, rapport d'étape du contrat de bon usage des médicaments, rapports de certification V2010 et de l'inspection de l'ARS en 2015, indicateurs, résultats d'audits, patients traceurs, analyse des événements indésirables, etc.

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 » (PECM).

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 (PAQ) et le compte qualité qui en reprend les actions prioritaires.

Cependant, les risques liés à la prise en charge médicamenteuse ne sont pas tous identifiés. En effet, des risques relatifs à la dispensation des traitements personnels, aux modalités de stockage des médicaments, aux prescriptions médicales en Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire et à la préparation et l'administration des médicaments n'ont été pas identifiés, alors que des écarts de pratique ont été constatés par les experts visiteurs. Ces risques n'étant ni présents dans le PAQSS, ni dans le compte qualité, aucune action d'amélioration n'est prévue.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « prise en charge médicamenteuse » est assuré par un pharmacien, responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse, et une cadre de santé. Les pilotes ont été formés et leurs missions sont formalisées.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines.

Un pharmacien est désigné responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Ses missions et responsabilités sont définies.

Un COMEDIMS est responsable de la mise en œuvre de la politique en matière de référencement, de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

Un groupe opérationnel « prise en charge médicamenteuse » pluriprofessionnel a pour mission de mettre en œuvre et d'accompagner la démarche d'amélioration de la PCEM dans les secteurs d'activité.

Un réseau de référents paramédicaux est identifié dans tous les services.

L'équipe de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est composée de 6,2 Équivalents Temps Plein (ETP) pharmaciens, assistés de 19,5 ETP préparateurs en pharmacie.

Les prescripteurs habilités sont identifiés.

Il est prévu et organisé des actions de sensibilisation et de formation des professionnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge médicamenteuse et le bon usage des médicaments. Une journée d'accueil des internes est organisée au cours de laquelle sont abordées les bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses. La formation des professionnels médicaux et paramédicaux à l'utilisation du logiciel de prescription est prévue.

En revanche, l'organisation de formations des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses n'est pas développée. Des actions de sensibilisation sont menées lors de la restitution d'audits, de la semaine sécurité et par l'intermédiaire des référents infirmiers « pharmacie ». Quelques professionnels ont participé à des formations thématiques (adaptation des formes orales médicamenteuses à la clinique du patient, sécurisation du circuit du médicament (3 agents en 2016, 3 en 2017). L'établissement n'organise pas d'actions de sensibilisation et de formation formelles ciblées sur le risque d'erreurs médicamenteuses au profit des acteurs de la prise en charge médicamenteuse, et notamment des infirmiers.

L'approvisionnement des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI est organisé.

L'établissement a formalisé des procédures et protocoles relatifs à la prise en charge médicamenteuse intégrés dans la base documentaire. dématérialisée.

Toutefois, pour chacune des étapes du circuit du médicament, de nombreuses procédures ne sont pas rédigées telles que les règles de prescription et d'administration, les règles de gestion des médicaments thermosensibles, l'organisation de la permanence pharmaceutique, la procédure dégradée en cas de panne du logiciel, etc. Une procédure définit partiellement la gestion des traitements personnels sans que soient décrits le rôle et les responsabilités des praticiens et de la PUI. L'absence de ces documents dans la gestion documentaire est justifié par l'établissement par la récente réorganisation du Groupe Hospitalier Bretagne Sud, l'établissement ayant fait le choix de ne pas diffuser des documents non actualisés. En cours de visite, des documents de travail non finalisés ont été présentés aux experts visiteurs (procédure de gestion des stupéfiants au CHBS, protocole concernant les bonnes pratiques de prescription pour les patients hospitalisés, protocole de dispensation de médicaments stupéfiants, procédure pour la dispensation d'une prescription nominative avec l'automate, etc.). Ce risque a été identifié par l'établissement et une action est inscrite dans le PAQ et le compte qualité.

Par ailleurs, il n'existe pas de manuel qualité décrivant le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse répondant aux dispositions relatives à l'arrêté du 6 avril 2011. La rédaction d'un manuel qualité avait été initiée en 2015 puis suspendue en 2017 à l'occasion de la fusion des établissements.

Il existe des règles et des supports de prescriptions validés par les prescripteurs.

Des supports d'enregistrement sont prévus : support informatisé ou papier unique de prescription/validation de l'administration, traçabilité de l'analyse pharmaceutique, traçabilité de la surveillance des réfrigérateurs, contrôle des péremptions des armoires à pharmacie, etc.

La continuité du traitement médicamenteux du patient, depuis l'admission jusqu'à la sortie est organisée. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont prévus.

Des supports d'information, en relais de l'information orale, sont prévus pour certaines prises en charge, et dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont déclinés au sein des pôles d'activité. Le groupe opérationnel « Prise en charge Médicamenteuse » s'appuie sur l'encadrement et les référents infirmiers pour déployer la démarche institutionnelle.

Des actions de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques sont régulièrement menées auprès des professionnels lors de réunions de service, des semaines sécurité et des retours des audits.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'établissement réalise des évaluations, notamment au travers des patients traceurs et des audits des armoires à pharmacie réalisés par la PUI.

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

Les professionnels se sont appropriés le dispositif de signalement des évènements indésirables et d'analyse des causes en cas d'erreur médicamenteuse.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources est effective.

Un réseau de référents paramédicaux pharmacie est en place dans tous les services. Des référents préparateurs en pharmacie sont identifiés par secteur d'activité.

L'établissement dispose de compétences en infectiologie.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels sont mises en œuvre : formation des internes aux bonnes pratiques de prescription et à l'utilisation du logiciel dispensée par le pharmacien, sensibilisation au cours des semaines sécurité. Les infirmiers sont accompagnés par leurs pairs à l'utilisation du logiciel dossier patient informatisé (DPI). Les préparateurs en pharmacie sont formés à la préparation des cytostatiques. Des accès à des modules de formation en ligne (e-learning) sont mis à disposition des professionnels sur le site intranet (film pédagogique sur les risques liés aux interruptions de tâches, bonnes pratiques de perfusion, etc.).

Les documents et les outils d'aide à la prescription et à l'administration sont diffusés auprès des professionnels (guide d'antibiothérapie, base de données sur les médicaments, protocoles médicamenteux, liste des médicaments à risque, information via le logiciel de prescription sur les médicaments non écrasables, compatibilité des médicaments injectables utilisés en néonatalogie, remise d'une plaquette sur les bonnes pratiques de prescription aux internes, etc.). Des liens sont mis à disposition des professionnels sur le portail intranet pour permettent l'accès aux outils, notamment pour ce qui concerne les « Never Events » (évènements qui ne devraient jamais arriver).

Des supports d'information sont mis à disposition des patients sur le bon usage des médicaments, notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

Les procédures formalisant le circuit du médicament et les protocoles thérapeutiques sont disponibles via le logiciel de gestion documentaire.

Des ordinateurs fixes et portables sont mis à disposition des professionnels dans les unités de soins.

Les armoires à pharmacie, le transport des médicaments et les chariots d'urgence sont sécurisés. L'accès à la pharmacie est protégé. 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 PCEM est informatisée pour 100% des lits de SSR et de SLD. En MCO, elle est informatisée pour 87% des lits. Sont en prescription papier la réanimation, le bloc opératoire, l'hémodialyse, les services d'hospitalisation de jour et l'Unité Sanitaire en Milieu Sanitaire (USMP).

La continuité du traitement médicamenteux est effective, de l'admission jusqu'à la sortie. Dans tous les services visités, les traitements personnels sont prescrits par les médecins dans le dossier du patient, permettant une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement du patient.

Toutefois, la dispensation des traitements personnels des patients est partiellement conforme.

Lorsque le médicament habituel du patient n'est pas disponible au sein de l'établissement et qu'il n'est pas commandé par la pharmacie (médicament hors livret thérapeutique, de confort car non agréé aux collectivités), ou qu'un médicament équivalent n'est pas prescrit par le médecin, les pratiques usuelles sont d'utiliser les médicaments apportés par le patient. Lors de séjour prolongé en SSR et en SLD, les praticiens sont amenés à rédiger des ordonnances afin que les médicaments soient approvisionnés auprès d'une officine de ville par les proches. Cette pratique n'est pas conforme à la réglementation (Article R 162-32 du Code de la Sécurité Sociale).

Les règles de prescriptions sont majoritairement mises en œuvre qu'elles soient sur support informatisé ou papier.

Cependant, dans certains secteurs les règles de prescription ne sont pas respectées. Dans l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire, les prescriptions médicales sont réalisées sur un support papier, et la plupart ne sont pas signées. Elles ne comportent pas l'identification formelle du praticien, certains s'identifiant uniquement par leurs initiales, d'autres ne s'identifiant pas du tout. Dans un service d'hospitalisation de semaine informatisé, les praticiens ne prescrivent pas sur le logiciel mis à leur disposition.

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

91 % des ordonnances informatisées bénéficient d'une analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients, incluant le traitement personnel, selon des règles de priorisation définies. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques. Dans les services non informatisés (la réanimation notamment), l'analyse pharmaceutique est réalisée pour certains traitements (antibiotiques, médicaments coûteux, etc.).

La dispensation des médicaments est assurée selon plusieurs organisations :

- en dispensation nominative automatisée, pour une durée maximale d'une semaine, pour tous les lits de Soins de Suite et Réadaptation et de Soins de Long Séjour ;
- en dispensation nominative pour les anticancéreux et les médicaments dérivés du sang ;
- en « gestion d'armoire » (nominatif reglobalisé), ou en système plein vide pour le MCO.

La préparation des anticancéreux est réalisée dans une unité de reconstitution des cytotoxiques sous la responsabilité d'un pharmacien. Certifiée ISO 9001, elle est conforme aux exigences réglementaires et de bonnes pratiques.

Une organisation permet un approvisionnement des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Il existe une astreinte pharmaceutique 24h/24. Un pharmacien de permanence répond aux demandes d'avis des prescripteurs.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments établies par l'établissement sont mises en œuvre, notamment pour l'acheminement et le stockage des médicaments thermosensibles et les médicaments à risque.

Cependant, le rangement et le stockage des médicaments dans les unités de soins sont partiellement sécurisés :

- dans la plupart des armoires à pharmacie des unités de soins, sur les trois sites, des médicaments commandés en dehors de la dotation du service sont stockés dans un tiroir ou sur une étagère. Les plaquettes sont rangées par ordre alphabétique dans des enveloppes comprenant le nom du médicament. Des plaquettes sont parfois rangées sans enveloppe et ont été retrouvées en intrus au sein du classement alphabétique. Ce type de rangement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques tant en matière de stockage que d'étiquetage.
- de nombreux chariots à médicaments ne ferment pas (absence de volets, serrures cassées). Lorsqu'ils sont dans le couloir lors de l'administration des médicaments par les infirmiers, les piluliers ne sont pas sécurisés. De plus, il a été observé que des médicaments injectables étaient déposés sans protection sur ces chariots.
- le contrôle de la température des réfrigérateurs des unités de soins n'est pas réalisé de manière

exhaustive, notamment en néonatalogie et au plateau technique interventionnel où sont situés 5 réfrigérateurs et 2 congélateurs classiques. Il n'existe pas de report d'alarme qui pourrait alerter les professionnels en cas de variation anormale de la température. Ceci expose au risque iatrogène médicamenteux, et de perte de médicaments ou de produits de santé parfois coûteux.

Le stockage des médicaments à la PUI et dans les armoires des services est actuellement organisé par leur nom de princeps. Un projet est en cours pour l'organiser en Dénomination Commune Internationale dans les unités de soins. Dans les services informatisés, les infirmiers et puéricultrices ont accès aux équivalences au travers du logiciel de prescription, ainsi qu'aux préconisations concernant les médicaments qui peuvent être broyés ou non.

Le contrôle des péremptions est assuré par les infirmiers des services et tracé.

L'établissement a identifié ses médicaments à risque au regard de son activité et du profil de ses patients (patients âgés, nouveaux-nés, enfants, etc.). Des modalités de sécurisation sont mises en œuvre depuis la PUI jusqu'à leur administration (règles de stockage, protocoles, etc.). De nombreux protocoles sont notamment utilisés en néonatalogie afin de sécuriser l'administration des médicaments.

Les chariots d'urgence sont opérationnels et maintenus.

La préparation des médicaments à administrer est organisée selon plusieurs modalités :

- en SSR et SLD, les piluliers sont préparés par la PUI par un automate. L'ensemble des médicaments est identifiable jusqu'à l'administration ;

- dans la majorité des services de MCO, les piluliers sont préparés par l'infirmier de nuit et vérifiés par l'infirmier qui réalise l'administration. Les préparations per os répondent aux règles d'identitovigilance, et les pratiques permettent d'identifier le médicament jusqu'à son administration.

Cependant, les bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments ne sont pas appliquées par l'ensemble des secteurs d'activité. Plusieurs écarts de pratiques ont été observés au cours de la visite dans les services de soins :

- dans de nombreux services, les préparations de solutions injectables ne respectent pas les règles d'identitovigilance. L'étiquetage ne mentionne pas le nom et le prénom du patient tel que préconisé par les recommandations de bonnes pratiques, les solutions injectables étant identifiées par le numéro de chambre.

- en pédiatrie, les pratiques de préparation et d'administration des médicaments ne respectent pas les règles de bonnes pratiques (absence de double contrôle systématique de la préparation des médicaments et des calculs de dose, pratiques de préparation et d'administration, retranscription de la prescription médicale sur des étiquettes déposées sur une paillasse, validation a posteriori alors qu'un ordinateur portable est présent sur le chariot).

- en USMP, les piluliers sont préparés la veille de leur distribution par une infirmière (environ 160 piluliers tous les jours). Ils sont distribués dans les cellules des détenus par d'autres infirmières qui n'en vérifient ni le contenu ni la conformité par rapport à la prescription médicale. La distribution des médicaments n'est pas tracée dans le dossier du patient, et l'identité de l'infirmière n'est pas retrouvée.

Le patient est informé sur le bon usage des médicaments. Des supports d'information, en relais de l'information orale, lui sont remis, notamment pour les traitements des maladies cardio-vasculaires, les anticoagulants oraux et les chimiothérapies.

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

Les interfaces sont opérationnelles. La collaboration et la coordination avec la PUI et les services de soins est effective.

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, du contrat de bon usage du médicament, du suivi des événements indésirables et de quelques audits et EPP (visite d'armoire, évaluation de l'ordonnance médicamenteuse chez le sujet âgé, pertinence de la prescription d'immunoglobuline polyvalente, patients traceurs, etc.). Un audit sur l'administration du médicament en MCO et SSR a été conduit en juin 2018, mais n'était pas encore exploité lors de la visite. L'établissement réalise des CREX et des revues des erreurs liées aux médicaments lors de la survenue d'évènements indésirables.

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, du groupe PECM, et auprès des professionnels par le biais des cadres de santé et des référents pharmacie.

Des supports de communication sont diffusés aux professionnels en version papier, ou via le site intranet (livret spécial certification V2014, résultats de la cartographie des risques de la PECM, plan d'actions).

Les usagers sont informés lors de leur participation à la Commission des usagers.

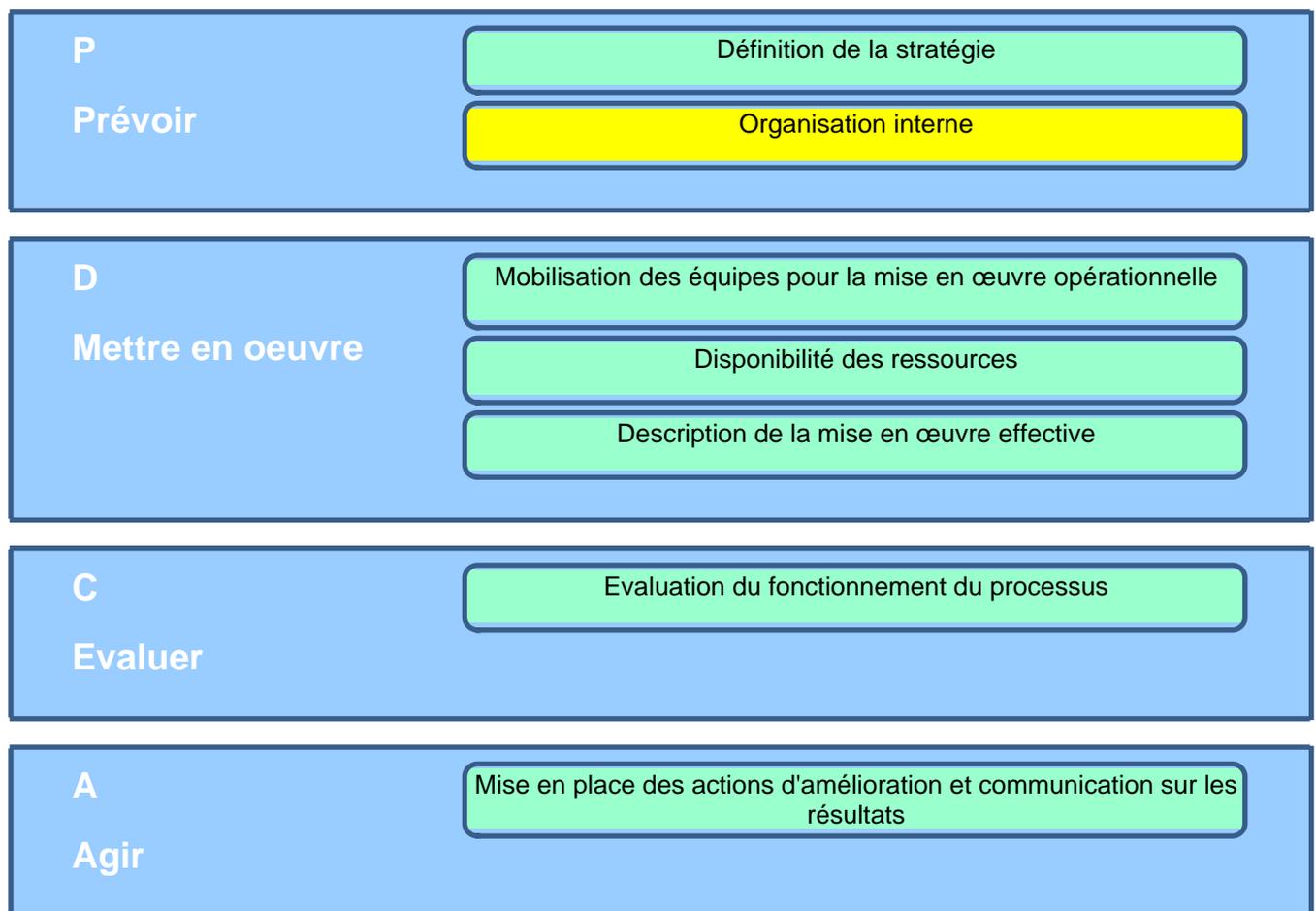
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

Il existe une politique sur la prise en charge des urgences et des soins non programmés, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques.

Cette politique est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2015-2020. Elle prend en compte les besoins de la population et inclut une dimension territoriale.

Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement

Ainsi, les grands axes d'amélioration de cette politique portent sur la création d'une fédération territoriale des urgences avec constitution d'une équipe territoriale d'urgentistes, le renfort de la filière médicale post-urgence et l'aval des urgences, l'amélioration de la filière AVC et cardiologique. L'établissement s'est intégré à un groupe de travail ANAP afin d'améliorer l'aval des urgences, et par conséquent la gestion du flux des urgences. Cet engagement a conduit à la réactivation de la Commission des admissions non programmées dès 2017.

Les risques sont identifiés, analysés et hiérarchisés dans le compte qualité à partir des résultats de certification V2010, des EI graves, des plaintes et réclamations, des évaluations internes (Audits, EPP, enquête) et des indicateurs IQSS. Le compte qualité s'articule avec le PAQ.

La politique et ses objectifs sont présentés aux instances pour validation et diffusion au sein de l'établissement par le biais de la Commission des admissions non programmées, de la CME, l'Intranet.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Un Comité de pilotage a été créé et comprend le chef du service des urgences adultes, la cadre supérieure du pôle FME et la cadre sage-femme coordinatrice. A côté de ces pilotes de processus, trois groupes ont été constitués. Chaque groupe est rattaché à un accueil spécifique : urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales. Ils comprennent des professionnels médico-soignants et des secrétaires.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Chaque groupe s'est réuni afin d'évaluer les risques dans son secteur. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Le management de chaque service d'urgence comprend un référent cadre et médecin. Les effectifs médico-soignants sont adaptés aux besoins. Les internes issus des CHU de Brest et de Rennes sont intégrés dans chaque secteur d'urgence.

L'équipe de seniors participant au SMUR est régulée par le SAMU 56 situé à Vannes. Une antenne SMUR est en poste aux urgences adultes de Scorff. En pédiatrie, les professionnels assurent les prises en charge de l'ensemble des secteurs (urgences, hospitalisation, consultation programmées). Il en est de même pour les urgences gynéco-obstétricales où l'accueil et la prise en charge en urgence sont assurés par une sage-femme, une auxiliaire de puériculture, un interne et le gynécologue obstétricien de garde dans le secteur naissance.

Le plan de formation institutionnel comprend la formation de certains professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients.

Toutefois, tous les professionnels assurant l'accueil ne sont pas formés à cette fonction. En effet, aux urgences pédiatriques, l'accueil est réalisé par des infirmiers qui n'ont pas reçu de formation spécifique à l'accueil et à l'orientation. Aucune formation n'est programmée dans le plan de formation pour les infirmiers de pédiatrie.

Les formations AFGSU sont organisées pour l'ensemble des professionnels des trois secteurs. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée. Tous les six mois les internes participent à une journée d'accueil où ils reçoivent un livret d'accueil, une formation à l'utilisation du logiciel dédié aux urgences, une formation à la prescription médicamenteuse informatisée. Les secrétaires des trois services d'urgences reçoivent une formation à la création de dossier et assurent l'accueil administratif.

L'établissement a identifié trois points d'accueil distincts : un accueil pour les urgences adultes, un pour les urgences pédiatriques et un accueil pour les urgences gynéco-obstétricales. Les urgences adultes sont localisées dans le bâtiment Scorff, alors que les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales sont localisées dans un bâtiment annexé au Scorff.

Des circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients.

Cependant, il n'y a pas de procédure de prise en charge de l'enfant présentant un trouble du comportement avec agitation aux urgences pédiatriques. Cette absence de procédure est source de

dysfonctionnement et de confusion au sein des équipes médicales et paramédicales. Ainsi, l'enfant de moins de 15 ans et 3 mois accueilli initialement aux urgences pédiatriques peut être transféré vers les urgences adultes pour avoir une meilleure prise en charge. Comme les pédopsychiatres n'interviennent pas aux urgences pédiatriques mais uniquement en unité d'hospitalisation, l'enfant doit être ensuite hospitalisé au 3ème étage pour une prise en charge psychiatrique par « les pédopsychiatres de l'EPSM Charcot à Caudan. Cette absence de coordination entre les urgences pédiatriques et les pédopsychiatres retentit sur la qualité de prise en charge de l'enfant présentant un trouble psychiatrique en urgence. Dans ce contexte, des fiches d'événements indésirables ont été rédigées en 2017 mentionnant des contentions physiques prolongées sans réévaluation, et une souffrance pour les enfants et l'ensemble des professionnels.

Les urgences adultes assurent la prise en charge des urgences médico-chirurgicales de l'adulte, la traumatologie pédiatrique, la psychiatrie en urgence et les détenus de la maison d'arrêt. Le secteur comprend une zone d'accueil distinguant un accueil pour les patients valides et un accueil pour les patients arrivant couché, une SAUV de 4 postes, 22 salles d'examen identifiant une zone pour le circuit court et la traumatologie, un UHCD de 9 lits, et un service d'hospitalisation post-urgence de 18 lits. Une chambre d'hospitalisation sécurisée est dédiée à la prise en charge des détenus issus de la maison d'arrêt. La maison médicale de garde est située à 4 km de l'établissement. La consultation PASS est assurée par les médecins de la post-urgence, dans les locaux du service des urgences. Un psychiatre et un infirmier psychiatrique assurent tous les matins la prise en charge de la psychiatrie adulte aux urgences.

Les urgences pédiatriques accueillent la pathologie médicale et psychiatrique de l'enfant.

Les interfaces entre secteurs sont organisées. Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques au secteur. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). La traçabilité est assurée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières.

Le projet de service traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions spécifiques à chaque secteur.

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

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

Des actions correctives issues des évaluations périodiques sont identifiées avec les professionnels, comme la mise en place d'un « Bed manager », ou d'une infirmière chargée d'informer régulièrement les patients et les accompagnants sur le déroulé de leur prise en charge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les effectifs médicaux et paramédicaux sont adaptés pour assurer la continuité des soins au sein de chaque secteur d'activité.

Il existe un tableau d'activité de jour et de nuit par service.

La liste des gardes et astreintes est adressée à la direction tous les mois et accessible à l'ensemble des professionnels sur l'intranet.

Aux urgences adultes, l'encadrement compte un chef de service et trois cadres de santé. Il y a un cadre pour le secteur des urgences, un pour l'UHCD et un pour le service post-urgence. L'équipe urgentiste et infirmière affectée au SMUR de Lorient est régulée par le SAMU 56 situé à Vannes. Il en est de même pour les infirmières du SMUR de Vannes. Il n'y a pas de recours à l'intérim.

Les urgences gynéco-obstétricales sont sous la responsabilité du chef du service de gynéco-obstétrique et de la cadre sage-femme. Une sage-femme, une auxiliaire de puériculture et un obstétricien de garde assurent les urgences gynéco-obstétricales.

Les urgences pédiatriques ont un chef de service, une cadre de santé, un senior pédiatre présent 24h/24 et un pédiatre en journée.

Les professionnels suivent les formations obligatoires telles que la formation IOA (à l'exception des urgences pédiatriques), les gestes d'urgences (AFGSU), la transfusion.

Les autres formations auxquelles les agents participent font parties d'un plan institutionnel proposé à l'ensemble des professionnels de l'établissement telles que la formation à la prise en charge de la douleur, à la prise en charge de la violence et à la gestion du stress.

Les différents points d'accueil en urgences sont parfaitement identifiés pour les urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales. Ils répondent aux exigences avec identification des différents

secteurs d'activité et orientation selon le degré d'urgence. Ainsi, il existe un poste d'accueil, une salle d'urgence vitale située dans la proximité de l'accueil, des salles d'examen, une zone d'attente couchée, une zone d'hospitalisation de courte durée. Pour la pédiatrie et l'obstétrique, l'hospitalisation de courte durée se fait au sein des services d'hospitalisation.

Le service est doté des matériels permettant la prise en charge de l'urgence vitale. Aux urgences adultes, il existe un chariot d'urgence pédiatrique en raison de la prise en charge de la traumatologie pédiatrique.

Les recours aux avis spécialisés sont affichés et connus des professionnels.

La disponibilité des lits pour assurer l'aval des urgences est assurée par le « Bed manager » trois fois par jour.

La procédure de déclaration des événements indésirables graves est accessible sur intranet et connue des professionnels.

Les protocoles sont accessibles à l'ensemble des professionnels sur Intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité de l'ensemble des actes réalisés est assurée par les professionnels

Les secteurs et circuits de prise en charge en urgence sont respectés pour les adultes, les enfants et l'obstétrique.

La gestion des flux en aval des urgences est conduite par un « Bed manager ». Il assure en journée la recherche de lits pour les patients des urgences et de l'UHCD. Il communique un état des lits trois fois par jour à l'ensemble du service.

Le chef de service s'assure régulièrement de l'efficacité de mise en œuvre du dispositif. En cas de difficultés majeures, la cellule de crise est activée impliquant la direction et l'ensemble des cadres de l'établissement.

L'accueil administratif est assuré par des secrétaires qui ont été formées à la création de dossier.

Pour le triage des patients, les IDE d'orientation et d'accueil formés utilisent une grille de tri validée.

Le dossier patient est informatisé. Il permet la traçabilité de toutes les données administratives, médicales, et de la prescription médicamenteuse. Un compte rendu de sortie et des ordonnances sont imprimés. Les informations concernant un patient pris en charge aux urgences sont archivées dans un logiciel et facilement mobilisables. Les comptes rendus des anciens passages, des bilans biologiques et des examens radiologiques sont accessibles à tout moment et à tous les professionnels avec codes sécurisés. L'ensemble des professionnels a reçu la formation à son utilisation et en connaît les modalités d'accès.

En cas de transfert sur un autre établissement, le recours à des transports médicalisés (SMUR) ou non médicalisés est assuré afin d'assurer la sécurité de prise en charge du patient.

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Les résultats sont communiqués aux professionnels. Le dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré dans tous les secteurs. Ce tableau d'activité permet d'ajuster les effectifs en fonction des besoins. Il permet également de réévaluer les pratiques dans chaque secteur.

Des questionnaires de satisfaction ont été distribués sur chaque secteur d'urgence.

Des EPP et RMM sont effectuées dans les secteurs d'urgences adultes et gynéco-obstétricales. Elles concernent la prise en charge de l'adulte traumatisé léger pendant les 24 premières heures, la prise en charge de l'AVC à la phase aiguë, la pertinence de la demande en urgence d'un scanner, le respect des bonnes pratiques de prescription des examens biologiques dans le cadre de la prise en charge d'une suspicion de l'infarctus du myocarde aux urgences, la prise en charge du traumatisme isolé du membre supérieur, la pertinence des hospitalisations après un passage par les urgences adultes. Des RMM pour améliorer la sécurité des soins en gynécologie/obstétrique sont conduites.

Par contre, le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas réalisé dans tous les secteurs. Aux urgences pédiatriques, il n'y a pas d'analyse des temps d'attente et de passage.

De même, le recueil et l'analyse des dysfonctionnements ne sont pas réalisés dans tous les secteurs. Dans le tableau de bord des EPP, on ne retrouve aucune EPP émanant des urgences pédiatriques. Le service n'organise pas de CREX.

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, et sont en lien avec les résultats obtenus. Ainsi :

- Aux urgences adultes, l'évaluation et le suivi des temps d'attente et de passage sont confiés dorénavant à un urgentiste ayant la mission de « Bed manager » ;
- Aux urgences pédiatriques, les actions d'amélioration portent essentiellement sur l'amélioration du flux aux urgences par réorganisation du circuit post urgence indépendant des urgences et l'augmentation de la capacité d'hospitalisation en cas de crise épidémique en doublant la capacité d'hébergement de certaines chambres ;
- L'analyse des décès survenus sur l'établissement a conduit à réévaluer la prise en charge de l'arrêt cardiaque et instaurer la formation AFGSU obligatoire au niveau institutionnel ;
- L'ensemble des professionnels du service de gynéco-obstétrique s'est inscrit dans une démarche d'accréditation afin d'organiser régulièrement des CREX.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

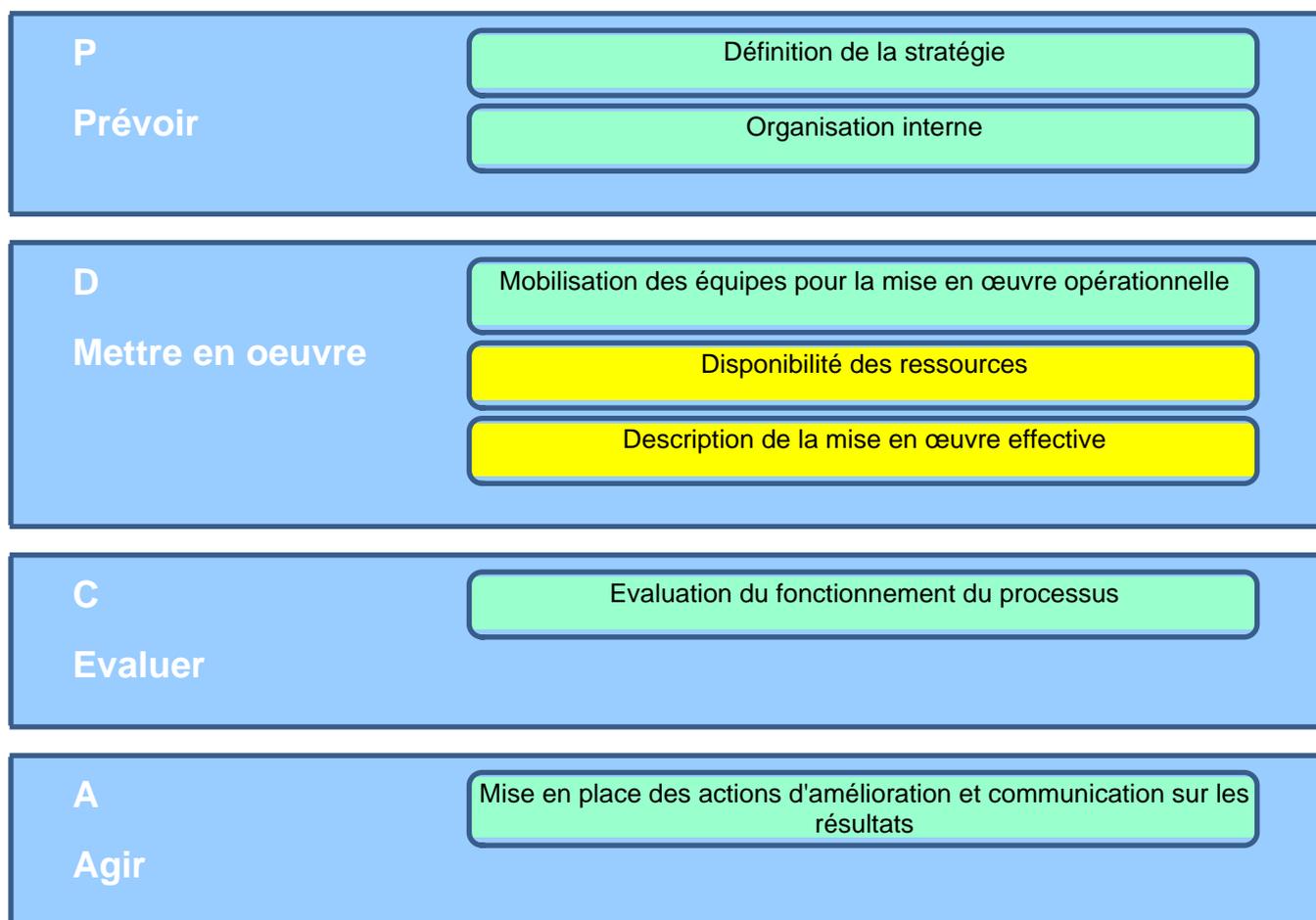
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Bretagne Sud (CHBS) pratique l'ensemble des spécialités chirurgicales, à l'exception de l'urologie et de la neurochirurgie. Par ailleurs, le CHBS dispose d'une unité de chirurgie ambulatoire. La politique et la stratégie hospitalière sur le développement de l'activité chirurgicale et plus particulièrement ambulatoire est définie au travers d'un document stratégique institutionnel, le projet d'établissement 2015-2020, et d'un document de politique générale « Politique de prise en charge des patients sur le plateau technique interventionnel » validé en conseil de bloc en juin 2018. Cette politique s'inscrit dans la démarche territoriale du Groupe Hospitalier Bretagne Sud (Territoire n°3), en coordination avec les autres territoires, et en particulier le territoire « Bretagne Centre ».

Pour cette thématique, le CHBS a constitué un groupe multiprofessionnel associant tous les acteurs du bloc opératoire.

S'appuyant sur les résultats de la dernière certification, les orientations du CPOM et les résultats des indicateurs IQSS DAN et DPA, les résultats de déclaration d'évènements indésirables, ce groupe constitué en 2015 a travaillé sur une cartographie des risques a priori, évaluant les risques à chaque étape du parcours du patient. De cette cartographie hiérarchisée, le groupe de travail a isolé une trentaine de risques plus critiques, versés au compte qualité, et répartis en 7 groupes « management et organisation », « programmation », « prise en charge du patient », « dossier d'anesthésie », « gestion des matériels et des locaux », « démarche qualité et sécurité ». Un plan d'actions en mode projet est issu de cette analyse a priori et suivi par le groupe de pilotage avec une récente actualisation en 2018. Ce plan est par ailleurs intégré au PAQ institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le médecin anesthésiste, président du conseil de bloc, et le cadre supérieur de santé du pôle, auxquels s'associent le médecin anesthésiste responsable de l'unité ambulatoire et le cadre de ce secteur. Chacun dispose d'une fiche de pilote de processus identifiée, sur le modèle générique institutionnel.

Toutefois, l'organisation du bloc opératoire n'est pas complètement formalisée au travers d'un document de référence. Le secteur dispose d'un document synthétique d'une page appelé « Charte du PTI » commune aux 2 secteurs opératoires (PTI et BGO) validé par les instances en 2018. Ce document ne reprend pas l'ensemble des principaux parcours ou filières de prise en charge, ainsi que la répartition des responsabilités par exemple. Le groupe pilote du bloc opératoire a identifié ce manque et engagé une réflexion depuis quelques mois sur un document support plus étoffé et proche des attendus appelé « Règlement intérieur PTI » incomplet au jour de la visite et présenté comme document de travail.

Un conseil de bloc regroupant des représentants de chaque spécialité interventionnelle, y compris la gastroentérologie, la cardiologie et la radiologie interventionnelle, est effectif avec une procédure accessible dans la base documentaire. Le conseil de bloc se réunit 4 fois par an et les comptes rendus sont disponibles dans la base documentaire. Parmi ses missions, le conseil de bloc actualise en moyenne deux fois par an les vacations. Pour le pilotage plus opérationnel, le secteur s'est doté d'une cellule de régulation plus restreinte avec des représentants médicaux et les cadres de coordination IBODE et de régulation, ainsi que le cadre IADE. Cette cellule se réunit de façon hebdomadaire pour valider le programme de la semaine suivante, chaque jeudi et le transmet par mail sécurisé interne aux opérateurs. Par ailleurs, en cas de disponibilité anticipée d'une vacation par absence d'opérateur par exemple, la cellule de régulation la propose dans une « bourse à la vacation » interne à l'ensemble des opérateurs. Enfin, la régulation quotidienne pour les modifications de programme ou les intégrations d'urgence est confiée à un cadre de régulation alternativement IBODE et IADE.

La programmation est structurée de façon différente selon les spécialités. Pour les activités chirurgicales et d'endoscopie la planification s'appuie sur le logiciel de bloc dédié avec des amplitudes paramétrées et accessibles à tous les opérateurs jusque J-7. En deçà et après la cellule de régulation, le programme est « verrouillé » et ne peut être modifié que par un cadre de régulation (code couleur jaune sur écran), les programmations éventuelles étant en zone d'attente. Pour l'imagerie interventionnelle réalisée au PTI, la planification utilise le RIS du plateau technique d'imagerie sur des vacations dédiées et identifiées et pour la cardiologie un système propre de programmation. Pour ces deux secteurs la copie du programme est transmise au cadre de bloc pour information et pour permettre de mobiliser les ressources anesthésiques si besoin. Le système de programmation des urgences est à ce jour sur papier, transmis au cadre de régulation qui le saisit dans le logiciel.

Le bloc dispose des ressources en personnel IBODE mutualisé entre le PTI et le BGO. Plus de 80% des IBODE ont suivi la formation aux actes exclusifs et le plan de formation institutionnel prévoit la formation des IDE du bloc selon un calendrier défini en partenariat avec l'école de BREST, délocalisée au CHBS. Les effectifs IADE sont prévus en nombre suffisant pour couvrir les activités opératoires programmées en

respectant le principe d'une IADE par salle, les activités d'urgence (2 IADE de garde sur place + une astreinte) et les deux SSPI. L'organisation de l'anesthésie, rendu complexe par le déficit médical, est palliée par le recours à environ 30-40% de médecins intérimaires fidélisés, ce qui garantit un médecin anesthésiste pour deux salles en programme réglé. Pour les activités internes au CHBS (Consultation pré anesthésique des urgences, VPA, avis dans les services...) le secteur d'anesthésie organise un planning de recours aux médecins titulaires. La permanence des soins est organisée sur le plan médical avec en anesthésie une double ligne de garde sur place, pour répondre aux exigences réglementaires d'une maternité niveau 2B avec plus de 2500 accouchements. Chaque spécialité chirurgicale est organisée en astreinte opérationnelle avec des tableaux centralisés dans les secteurs demandeurs (Bloc, service de soins, urgences). Pour les professionnels paramédicaux, on peut noter une organisation avec 2 IBODE sur place au PTI et une au BGO. Par ailleurs, et sur la base du volontariat, l'équipe IBODE participe à l'activité de prélèvement d'organe.

Le brancardage est organisé avec une équipe centralisée et appuyé sur un logiciel dédié, qui permet de « déclencher » l'acheminement du patient vers le bloc opératoire, ou son retour en service à partir de la SSPI. Les formations à la radioprotection sont organisées par l'équipe PCR avec un tableau de bord suivi, et plusieurs sessions prévues d'ici à fin 2018 tant sur le plan « travailleur » que « patient ». Chaque catégorie professionnelle dispose d'une fiche de poste spécifique définissant ses rôles et ses missions, que l'on peut retrouver aisément dans la GED. En particulier les fiches de postes des IBODE de régulation ou de coordination font l'objet de supports spécifiques. L'accueil du nouvel arrivant est organisé autour de formations par compagnonnage avec un livret d'accueil et un porte-folio permettant de suivre sa progression.

Les matériels nécessaires à l'armement des différentes salles opératoires sont prévus tant sur le plan chirurgical qu'anesthésique. Pour le PTI les locaux sont récents de conception modulaire avec 2 modules de 4 salles disposant de sas d'accès.

Le bloc dispose de nombreuses procédures accessibles dans la GED pour la plupart d'actualisation récente en 2018, mais aussi de nombreuses fiches papier, par exemple pour le descriptif des interventions par praticien et par intervention.

Les ouvertures de salle sont organisées sur des cahiers spécifiques dédiés sur le plan chirurgical et anesthésique. La check-list de sécurité basée sur la trame HAS avec des modifications travaillées en conseil de bloc est diffusé sur un support papier. Le bionettoyage des salles opératoires est organisé avec des équipes dédiées du bloc et est adossé à une procédure déclinant les différentes situations de début de programme, entre les interventions et de fin de programme par exemple. Le fonctionnement des deux SSPI est bien définie avec une organisation du transfert encadré par un médecin anesthésiste et un IADE pour les césariennes au-delà de 16h00 depuis le BGO vers la SSPI du PTI.

Les maintenances curatives et préventives des équipements de salle opératoire sont organisées selon des calendriers annualisés. Sur les suivis des respirateurs, le bloc dispose d'un IADE, en temps partiel à 50% biomédical, qui gère avec le secteur biomédical l'organisation des maintenances. Pour les amplificateurs de brillance, le suivi est assuré par l'équipe PCR. L'interface avec la pharmacie est organisée avec un poste dédié « IBODE logisticien » tournant dans l'équipe qui gère en particulier les commandes de DMI à renouveler ou à prévoir pour certaines interventions. Le renouvellement du stock de médicaments du bloc opératoire situé en SSPI est supervisé par les IADE. Les contrôles aérauliques réglementaires sont organisés annuellement auprès d'un prestataire extérieur. Les deux modules de 4 salles sont de qualification ISO5, les salles de cardiologie interventionnelle et d'endoscopie de niveau ISO7 et l'arsenal stérile est de niveau ISO8. Le CHBS a organisé des contrôles bactériologiques d'air et de surface avec l'équipe EOH, dont les résultats sont transmis à l'encadrement du bloc opératoire.

Pour le secteur de chirurgie ambulatoire (Unité de chirurgie ambulatoire UCA), un médecin anesthésiste référent et un cadre de santé assure le pilotage commun. Le fonctionnement du secteur est défini au travers d'une charte de chirurgie ambulatoire, reprenant les principales étapes du parcours du patient. Les moyens nécessaires sont mis à disposition pour garantir l'accueil sur deux sites, une extension ayant été réalisée en raison de l'augmentation de ce mode de prise en charge. Afin d'éviter la dispersion des patients, le secteur « ambulatoire » dispose d'un secrétariat unique au niveau de l'unité « UCA1 » qui centralise les arrivées et orientent les patients soit vers le périmètre « UCA1 » dédié à des chirurgies de rotation rapide, type ophtalmologie par exemple ou endoscopie digestive, ou « UCA2 » qui prend en charge des patients en hospitalisation plus longue comme par exemple les cholécystectomies sous coelioscopie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La diffusion des informations et du suivi des actions d'amélioration est organisée à plusieurs niveaux. Sur le plan médical, le conseil de bloc puis la CME diffusent régulièrement ces informations aux praticiens. Au plan paramédical, le management du bloc opératoire appuyé sur les cadres IBODE, IADE et le cadre de pôle, participe activement à l'actualisation des plans d'actions et décline la démarche institutionnelle de qualité et de gestion auprès des équipes dans des réunions de service mensuelles associant les IBODE, les

IADE et les AS. Les réunions formelles ont lieu mensuellement et permettent aux équipes de proposer en fonction des retours des fiches d'événements indésirables (FEI) éventuelles des actions complémentaires inscrites dans le plan d'actions général du secteur.

Les suivis des indicateurs sont diffusés régulièrement et sont également affichés en entrée de bloc opératoire.

Le respect des bonnes pratiques, en particulier en matière de circulation des professionnels et d'hygiène, est supervisé par l'encadrement, les IBODE et IADE référentes.

Les personnels participent également à des réunions de retour d'expérience, ou aux réunions RMM du bloc opératoire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc opératoire dispose de locaux récents et de conception moderne avec la mise à disposition de tous les matériels en nombre suffisant. Chaque salle dispose d'un respirateur conforme et contrôlé. Le bloc dispose de plusieurs amplificateurs de brillance avec un zonage réalisé pour chaque appareil et un affichage devant chaque salle. Les dispositifs de protection individuelle (Tablier de plomb, protège thyroïde, etc.) sont disponibles, de même que les dosimètres nominatifs actifs et passifs.

Cependant, les dispositifs d'alerte sécurisant l'utilisation des rayonnements ionisants en salle opératoire au bloc central ne sont pas disponibles dans tous les secteurs. La visite du bloc opératoire PTI au niveau des deux zones modulaires et des salles du BGO a montré l'absence de dispositifs extérieurs dédiés permettant de visualiser la mise sous tension de l'appareil de rayonnements ionisants et l'utilisation de l'appareil. Ce point demandé par la norme 15-160 a été constaté lors de la visite ASN de juin 2018 et l'établissement est au moment de la visite en recherche d'un dispositif adapté.

Chaque bloc dispose d'un local tampon de déchets intermédiaires à double entrée et d'arsenaux adaptés pour les dispositifs médicaux restérilisables et les DMI.

Les deux SSPI disposent des nombres de postes conformes aux nombres de salles ouvertes, avec les équipements nécessaires.

Les vestiaires sont identifiés et sécurisés avec des tenues spécifiques. Il existe de plus un vestiaire intermédiaire pour les professionnels en civil pour pouvoir revêtir une tenue blanche hospitalière, seule admise dans l'enceinte du vestiaire du bloc opératoire.

Le matériel contaminé est acheminé par des containers fermés vers un local identifié et sécurisé dédié, où une première décontamination est réalisée avant transfert par monte-charge vers la stérilisation située en sous-sol, où le matériel est pris en charge par des professionnels dédiés. Le retour du matériel stérilisé est assuré dans un local distant, séparé et identifié.

Les capteurs de pression sont identifiés sur chaque salle et relevés quotidiennement sur les fiches d'ouverture de salle (la procédure à adopter en cas de défaut avec le recours au service biomédical est connue des professionnels rencontrés).

Des cahiers d'ouverture de la SSPI et de chaque salle sont disponibles et à jour.

Les effectifs nécessaires au fonctionnement du bloc opératoire sont présents, avec en particulier pour l'anesthésie le respect d'un professionnel de l'anesthésie dans chaque salle (IADE ou MAR). Les plannings de professionnels sont gérés par les cadres référents (un pour les IBO, un pour les IADE et un pour les AS).

Plus de 80% des IBODE ont suivi la formation aux actes exclusifs et le plan de formation institutionnel prévoit la formation des IDE du bloc restantes. Les professionnels sont formés à la radioprotection.

Les personnels nécessaires au reconditionnement des salles entre chaque intervention et en fin de programme sont présents en effectif également suffisant.

Les ressources documentaires sont accessibles sur la GED sur laquelle un travail important de transfert des documents « papier » est en cours.

Pour les fiches par intervention le format reste papier à ce jour et est très facilement mobilisé par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les locaux du bloc opératoire PTI et du BGO permettent de respecter une marche en avant avec une zone d'arrivée et une zone de départ séparées.

L'accueil est organisé de façon similaire sur les deux sites visités avec un accès sécurisé par badge. Les personnels d'accueil (en poste dédié sur la journée) accueillent les patients et les installent sur les tables opératoires pris ensuite en charge par les équipes du bloc. Les locaux et les pratiques professionnelles permettent de respecter l'intimité des patients. Les zones d'accueil, mais aussi les SSPI disposent de paravents permettant d'isoler les patients.

La confidentialité des données médicales est assurée lors du parcours dans l'établissement et le bloc avec de grandes pochettes cartonnées.

Les pratiques et comportements observées au niveau des professionnels sont globalement en adéquation avec les recommandations. On peut par exemple noter l'affichage sur les salles de panneaux indiquant la nécessité de limiter les ouvertures de porte, particulièrement pour des interventions sensibles comme l'orthopédie.

La check-list de la HAS de sécurité au bloc opératoire, dans une version modifiée reprenant la trame

originelle avec deux items supplémentaires propres au CHBS, est déployée sur papier et retrouvée dans tous les dossiers consultés.

Cependant, l'utilisation de la check-list n'est qualitativement pas homogène au bloc opératoire. Lors des visites terrain, il a été constaté dans plusieurs dossiers l'absence de signature de l'opérateur sur le document. Dans d'autres, l'ensemble des items de la check-list n'est pas renseigné. Une évaluation qualitative est inscrite au PAQ du secteur, prévoyant d'analyser qualitativement de sa réalisation.

Les dossiers consultés sur les deux sites de bloc sont complets et sur papier, avec en particulier la copie des courriers et des examens biologiques.

Toutefois, le circuit de transmission de l'information du risque ATNC n'est pas opérationnel et la traçabilité hétérogène. La diffusion de l'information aux services prestataires (zone de traitement des endoscopes, stérilisation) est réalisé par défaut sur la feuille « verte » de bloc opératoire, avec comme seule indication « Procédure ATNC » et une case unique « oui », cochée uniquement en cas de positivité par l'infirmière de la salle. Ce mode de diffusion ne fait pas référence au statut du patient, au type à risque ou non de la procédure opératoire et au statut de prise en charge au niveau de la zone de désinfection (habituel, renforcé). Il n'existe pas de lien entre l'information transcrite sur la fiche de programmation et la feuille de salle. La fiche d'écologie disponible dans la GED et à laquelle la procédure d'évaluation du risque fait référence n'est pas systématiquement utilisée. Le groupe « endoscopie », ainsi que la direction des soins ont pris conscience de cette problématique et doivent mener une réflexion d'harmonisation des supports au niveau des consultations, du bloc opératoire, quel que soit le secteur et de la stérilisation. De plus, lors de l'investigation patient traceur en « Ophtalmologie en unité ambulatoire », il a constaté l'absence de cette évaluation en pré opératoire. Ce constat a été étendu à l'ensemble des dossiers d'ophtalmologie, et confirmé par la rencontre avec le chef de ce service. Dans d'autres dossiers, il a été constaté l'absence de saisie dans le cartouche du logiciel de bloc de cette information, ou dans d'autres cas (2 constats) la non retranscription dans ce même logiciel des informations d'une fiche de programmation d'urgence papier pourtant bien renseignée. Au niveau des consultations, la rencontre avec les équipes de consultation de gastro-entérologie a confirmé une information exclusivement orale du risque.

La disponibilité de l'imagerie du patient est possible informatiquement dans chaque salle avec un accès au PACS d'imagerie, commun à tous les secteurs du CHBS, et plus généralement dans les autres établissements du territoire, favorisant la récupération des imageries pertinentes en cas de transfert (PACS régional). Les formulaires du recueil du consentement du patient sont présents dans tous les dossiers consultés.

Le dossier d'anesthésie est également disponible sous la forme d'un quadriptyque séparant la CPA, la phase per opératoire, la surveillance postopératoire en SSPI et la page de sortie de SSPI et de prescriptions éventuelles. Sur chaque dossier les VPA sont tracés dans un cartouche spécifique, ajouté suite au résultat moyen de l'IQSS du dossier d'anesthésie.

La surveillance peropératoire des constantes est éditée en fin d'intervention, et agrafée dans le dossier d'anesthésie.

Pour chaque étape, il a été constaté sur un grand nombre de dossiers de spécialités chirurgicales différentes l'identification conforme de chaque professionnel.

Sur le plan chirurgical, le passage en salle opératoire est tracée sur une fiche papier spécifique sur laquelle l'ensemble des étiquettes des boîtes utilisées sont collées. Une feuille spécifique DMI est également retrouvée dans les dossiers concernés, comme par exemple sur plusieurs dossiers d'orthopédie.

Le secteur ambulatoire est doté d'un passeport regroupant toutes les informations du patient et qui le suit tout au long de son trajet hospitalier.

Les sorties de SSPI sont réalisées sous condition de score et signées par un médecin anesthésiste basé en SSPI. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par les médecins anesthésistes soit sur le dossier informatisé pour les patients en hospitalisation conventionnelle, soit sur papier au verso de la fiche d'anesthésie sur un encart dédié permettant de tracer en continuité prescription et administration avec les signatures idoines conformes.

L'évaluation de la douleur est tracée et suivie sur le dossier.

Pour les patients de chirurgie ambulatoire l'heure de sortie est définie sur le dossier de suivi en SSPI comme constaté lors de la visite du bloc, et chaque patient fait l'objet d'une validation de sa sortie en service par un médecin anesthésiste en sus du chirurgien dans la majorité des cas. Le recours à un avis anesthésique est facilité en cas de besoin par un médecin dédié aux services, qui peut intervenir si nécessaire dans l'unité ambulatoire pour infirmer ou confirmer une sortie.

L'appel de la veille est systématique avec une infirmière dédiée de l'unité pour tous les patients, et un appel du lendemain est réalisé pour la plupart des patients.

La pharmacie du bloc opératoire est en zone sécurisée en SSPI fermée avec un coffre pour les toxiques séparé et fermé.

Les maintenances sont effectives et l'encadrement dispose de toutes les informations transmises par le biomédical afin d'organiser les disponibilités nécessaires. Les contrôles de surface et d'air sont transmis par l'équipe opérationnelle d'hygiène et leurs résultats sont classés au bloc dans des classeurs

spécifiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une grand nombre d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est présent au bloc opératoire.
Les indicateurs IQSS du dossier d'anesthésie et du dossier patient « item présence d'un compte-rendu opératoire » sont suivis.
D'autres indicateurs comme la qualité des prélèvements, les taux de remplissage des salles ou les taux de débordements sont évalués mensuellement avec une restitution annuelle en conseil de bloc.
Le secteur « bloc opératoire » réalise des audits réguliers. Un audit « zéro bijou » a été réalisé en 2015.
Plusieurs EPP sont en place, comme celle intitulée « Evaluer la conformité de la traçabilité du comptage des textiles en cours d'intervention », ou des EPP de pertinence sur la prescription de l'antibioprophylaxie et la prescription d'examens d'hémostase en préopératoire.
Une RMM en anesthésie, adossée à une charte spécifique est active avec plusieurs réunions annuelles, avec la participation de chirurgiens et de personnels en fonction des dossiers discutés. Certaines spécialités ont mis en place des RMM spécifiques, et d'autres sont au stade de projet au jour de la visite (Ophtalmologie, ORL, etc.).
Des CREX sont également organisées sur un rythme plus épisodiques, en fonction des retours d'évènements indésirables. Trois ont été menées en 2017.
La déclaration de FEI est informatisée avec une bonne connaissance des professionnels de la méthode. Le taux de déclaration reste perfectible pour un secteur à risque, mais les professionnels ont bien tous été formés avec une approche d'analyse des causes connue.
Peu de médecins sont accrédités au CHBS, un chirurgien viscéral est accrédité auprès de son organisme référent, ainsi qu'un gastroentérologue. Des démarches d'accréditation en équipe sont envisagées.
L'ensemble des résultats d'audits et d'indicateurs fait l'objet d'une communication régulière auprès des équipes lors les réunions mensuelles du bloc opératoire.
Les résultats d'activité et d'audits sont transmis au fil de l'année en conseil de bloc.

A / AGIR

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

Les risques identifiés dans le processus bloc opératoire et non complètement éliminés font l'objet d'un suivi lors des réunions de secteur paramédicale et du conseil de bloc.
Par ailleurs et suite aux résultats des indicateurs ou des EPP, des actions complémentaires ont été mises en œuvre.
En 2017-2018, on peut citer l'amélioration du dossier d'anesthésie avec l'intégration d'une zone identifiée pour la VPA, une action de formation itérative à l'antibioprophylaxie ou encore des actions de formation à la radioprotection pour répondre aux constats de l'ASN en 2015, confirmés en 2018, sur la mise à niveau des formations pour l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux.
Les nouvelles actions initiées sont suivies par des tableaux de bord permettant de les ajuster en temps réel avec les responsables du bloc opératoire.
L'analyse de la cartographie est suivie par le groupe de pilotage du bloc opératoire et les actions sont évaluées à chaque conseil de bloc, avec le choix des nouvelles actions à présenter ou à suivre.
Des supports et modalités de diffusion sont établis et variables (réunions, affichage sur un tableau spécifique).
La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

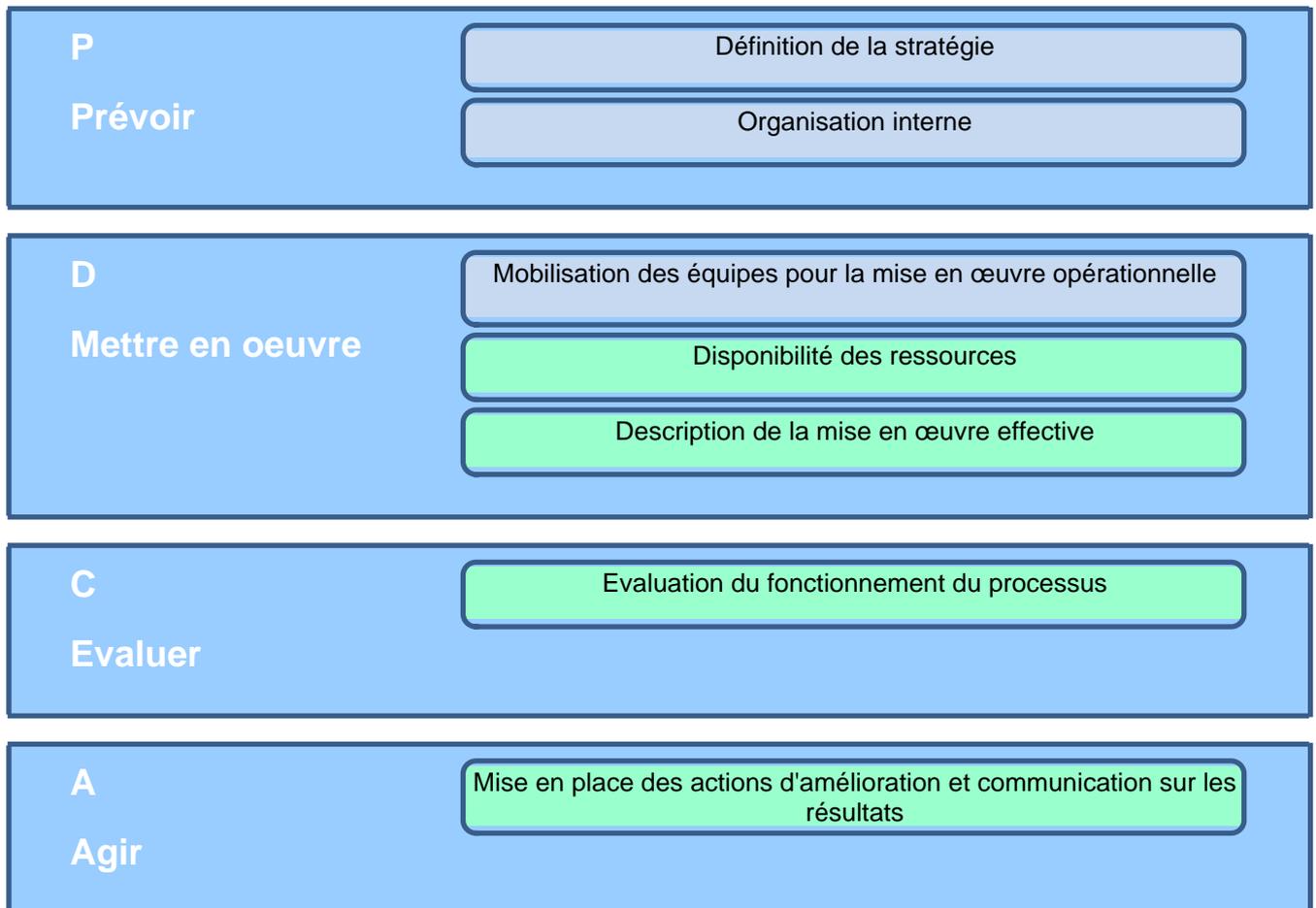
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

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 service de radiothérapie du Centre Hospitalier de Bretagne-sud (CHBS) est situé sur le site du Scorff à Lorient, dans les nouveaux bâtiments. Il est équipé de trois accélérateurs linéaires, d'un scanner de centrage dédié et, depuis 2017, d'un dispositif de repérage permettant la réalisation de traitements stéréotaxiques. En 2017, 24223 séances de radiothérapie ont été pratiquées. Le service ne réalise pas d'activité de curiethérapie.

Le service de radiothérapie est engagé dans la démarche qualité depuis 2009 et tient à jour une cartographie détaillée avec plus de 180 risques répertoriés.

Ces risques ont été identifiés et sont revus régulièrement (au moins une fois par an) par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin radiothérapeute, d'un physicien, du cadre de santé, d'un Manipulateur en Électro Radiologie (MER), d'un aide-soignant, d'une secrétaire et de l'ingénieur qualité en radiothérapie pour le soutien méthodologique.

L'identification des risques est réalisée grâce à la décomposition du processus de radiothérapie en sous-processus : pilotage, étapes de la prise en charge et sous-processus support. Toutes les sources disponibles sont utilisées et notamment les différents rapports de l'ASN, les évaluations menées dans le service (audits) et l'analyse des événements indésirables survenus dans le service ou en lien avec la radiothérapie.

Cette cartographie des risques est utilisée pour élaborer et tenir à jour un plan d'actions qualité, qui est intégré au PAQ de l'établissement. Pour chacune des 22 actions qui composent ce plan, un responsable a été désigné et un échéancier établi.

Les principaux risques et les actions les plus significatives ont été intégrées au compte qualité du CHBS.

L'ensemble de ces éléments est utilisé pour mettre à jour, au moins une fois par an lors des revues de direction, le manuel qualité du service de radiothérapie, en place depuis 2013. La dernière mise à jour intègre l'activité de stéréotaxie, mise en place en 2017, et la prise en compte de la cotation des risques suivant la méthode de la HAS, pour assurer la cohérence avec la politique qualité définie au sein de l'établissement.

Cette stratégie remise à jour a été validée par le Comité Stratégique Qualité (Costrat) le 10 avril 2018.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de radiothérapie est réalisé par un comité de pilotage, dirigé par le chef de service, assisté par une cellule opérationnelle, dirigée par un médecin radiothérapeute, responsable qualité et le cadre du service, qui s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire réunie régulièrement (deux à trois fois par an).

L'organisation du service de radiothérapie est totalement formalisée : le système documentaire est composé de plusieurs dizaines de procédures, modes opératoire et enregistrements, qui détaillent, par sous-processus, toutes les dispositions prévues pour assurer la qualité de la prise en charge des patients. Tous les postes de travail font l'objet d'une description dans une fiche de poste.

Pour les nouveaux arrivants manipulateurs, une évaluation de l'acquisition des compétences est réalisée de façon formelle par le cadre du service.

De façon générale, les formations, en particulier sur la radioprotection, mais aussi sur les nouvelles techniques (stéréotaxie) sont prévues pour tous les agents du service.

La totalité du circuit de traitement des patients est informatisée grâce à un logiciel métier spécifique qui formalise les différentes étapes. Pour les informations à caractère médical, le service utilise l'organisation en place dans l'établissement : un dossier papier spécifique et le DPI pour les prescriptions.

La maintenance des équipements du service est organisée : la maintenance préventive est planifiée et il existe des contrats pour la maintenance corrective. Le suivi de l'ensemble des opérations de maintenance et de contrôle est réalisé grâce au logiciel de maintenance du service biomédical (auquel les physiciens ont accès).

Toutes les interfaces sont organisées (via des documents papier, le logiciel métier, le logiciel de suivi de maintenance) permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs (cliniques, médicotechniques, imagerie, biomédical, etc.) et les professionnels impliqués dans le traitement du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les dispositions mises en place permettent l'appropriation par l'ensemble des acteurs du secteur de la culture qualité :

- toutes les catégories professionnelles du service sont représentées dans le dispositif de pilotage (et

parfois tous les agents sont associés, lorsque c'est possible) ;

- l'organisation régulière de réunions de service permet à chaque acteur de mesurer les écarts et l'avancement des actions entreprises pour les corriger ;
- l'organisation des CREX, au cours desquels tous les agents du service sont amenés à tour de rôle à analyser en profondeur des événements potentiellement graves, a permis de sensibiliser la totalité du personnel à l'analyse des causes profondes ;
- la mise en place d'un « quizz » annuel (questionnaire complet auquel chaque agent doit répondre en plusieurs jours) implique l'ensemble des agents et rappelle régulièrement les objectifs du service en ce qui concerne la qualité de la prise en charge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont adaptées aux besoins : médecins radiothérapeutes, radiophysiciens, manipulateurs en radiologie, dosimétristes, secrétaires sont en nombres suffisants. Le service dispose d'un cadre à temps plein et d'un temps partiel d'ingénieur qualité.

Les formations réglementaires (radioprotection, stéréotaxie) sont assurées et suivies.

Les équipements (accélérateurs, scanner, matériel informatique, etc.) sont disponibles et leur maintenance est en place. La maintenance du matériel (accélérateurs, scanner) réalisée est tracée dans le logiciel du biomédical. Les contrôles externes et internes des appareils sont réalisés et tracés dans le logiciel du biomédical.

Les locaux sont adaptés à la pratique de l'activité : il existe deux salles d'attente séparées pour différencier l'attente avant les traitements (scanner de centrage, entretien manipulateur) et l'attente pendant les traitements (accélérateurs). Dans le couloir d'accès aux salles de traitement, des rideaux de séparation sont disponibles pour préserver l'intimité des patients.

La documentation nécessaire à la prise en charge est disponible dans le logiciel de gestion documentaire et actualisée si nécessaire. Elle est connue des professionnels.

De nombreuses documentations spécialisées sont à disposition des patients pour les informer sur les traitements. Des supports vidéo (films) sont également disponibles dans les salles d'attente.

Des contrôles qualité internes et externes sont en place et répondent à la réglementation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les dispositions prévues sont mises en œuvre et tracées. En particulier :

- les radiothérapeutes participent aux RCP ;
- les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles ;
- la vérification de l'identité du patient est réalisée à chaque étape de son traitement et tracée ;
- la check-list de validation de la préparation du traitement est en place et sa traçabilité effective ;
- les traitements sont délivrés après un double contrôle par les manipulateurs radio ;
- le suivi du traitement est réalisé grâce au logiciel métier pour sa partie technique, qui en trace toutes les étapes. La partie médicale est tracée dans le dossier papier spécifique et dans le DPI (biologie, prescriptions médicamenteuses et administration, imagerie).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de radiothérapie réalise de nombreuses évaluations de son activité.

Ont été réalisés, notamment, un audit sur la prise en charge de la douleur dans le service de radiothérapie en 2016, un audit sur la robustesse des barrières de défense des traitements hypofractionnés en 2017, un audit sur l'impact des interruptions de tâche et de l'organisation du binôme MER sous les appareils de traitement en 2018, etc.

Le « quizz » annuel permet d'évaluer l'appropriation de la démarche qualité par les MER.

Le secteur déclare régulièrement les événements indésirables (46 en 2017) et réalise des CREX réguliers (4 en 2017).

Un questionnaire de satisfaction du patient, spécifique au service, a été mis en place et fait l'objet d'une analyse en revue de direction.

Le service participe aux évaluations organisées par l'INCa.

Occasionnellement, le service participe à des actions d'évaluation croisées avec d'autres centres de radiothérapie de la région.

De plus, l'ASN réalise des inspections régulières : la dernière inspection de mise en service d'un accélérateur a eu lieu en 2017, et la dernière inspection de radioprotection a eu lieu en 2015.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations sont systématiquement diffusés aux professionnels lors des réunions de

service.

Les résultats de ces évaluations et notamment des CREX font l'objet d'actions d'amélioration, systématiquement intégrées au PAQ du service et leur mise en œuvre est suivie. Cette mise à jour est transmise au PAQ global de l'établissement.

La revue de direction annuelle est l'occasion de faire un bilan global sur l'organisation de l'activité et sur l'avancement du programme d'actions. Ce bilan est utilisé pour réajuster la politique du secteur si nécessaire. Ainsi, le lancement de l'activité de stéréotaxie ou la démarche de certification V2014 ont donné lieu à des mises à jour de la politique intégrée dans le manuel qualité.

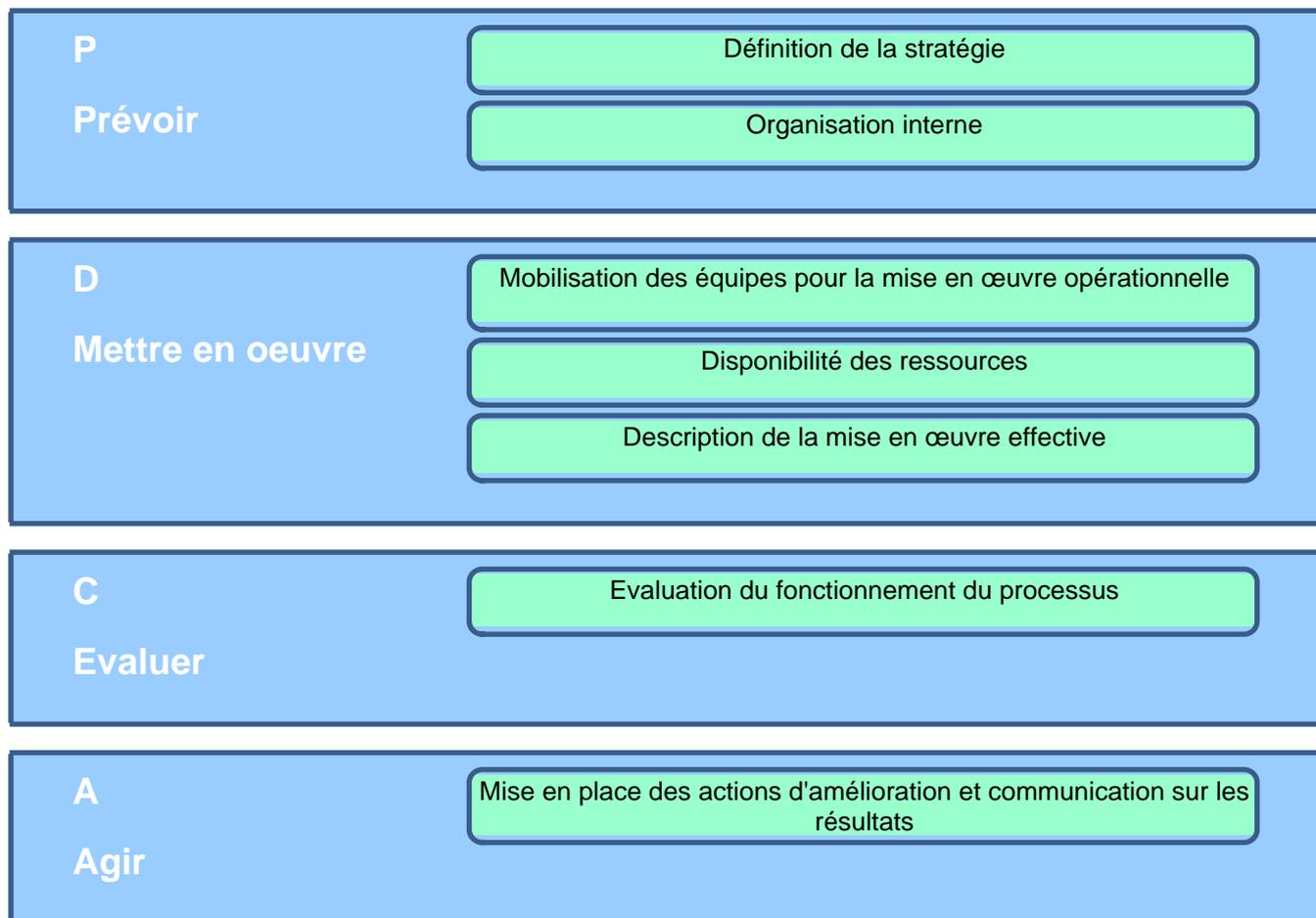
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier Bretagne-Sud (CHBS) dispose d'une activité d'imagerie interventionnelle pour des actes de niveaux 1 et 2 selon la classification de la Fédération d'imagerie interventionnelle dans trois disciplines principales : cardiologie (coronarographie-rythmologie), gastro-enterologie (CPRE) et imagerie interventionnelle (par exemple ponction sous scanner, vertébroplastie, etc.). L'activité d'imagerie interventionnelle est réalisée soit au niveau du plateau technique d'imagerie pour les actes de niveau 1, soit sur le site du plateau technique interventionnel (PTI) et pour certains gestes au bloc de gynécologie obstétrique (BGO).

La politique relative à l'imagerie interventionnelle est définie dans un document support global. L'activité de coronarographie fait l'objet d'une autorisation de l'ARS, appuyée sur le SROS du territoire 3, incluant une coopération extra territoriale avec le territoire « Bretagne centre », et en particulier le centre hospitalier de Pontivy pour la prise en charge cardiologique de ces patients.

Le CHBS a également tissé des conventions avec les CHU de Rennes et de Brest pour les gestes neurovasculaires sous imagerie. Le système de diffusion de l'imagerie est commun pour tous les établissements de la région facilitant le développement de la téléradiologie et des échanges inter établissements dans le cadre d'une politique globale régionale définie.

L'analyse de risques a été menée de façon différente selon les secteurs avec comme source de données principales les rapports de l'ASN de 2015, et plus récemment de 2018, ainsi que les bilans d'activité et retours d'évènements indésirables déclarés.

Trois groupes de travail ont été constitués en cardiologie, gastroentérologie et imagerie impliquant pour chacun d'eux l'ensemble des professionnels concernés (IDE, IADE, Manipulateurs en imagerie médicale, AS) sous le pilotage d'un médecin et du cadre de secteur. Les travaux de chacun de ces groupes a permis de définir une cartographie spécifique des risques a priori hiérarchisés avec des actions en miroir définies. La fusion de ces cartographies a permis de décliner les risques les plus pertinents de chaque secteur retrouvés dans le compte qualité, avec un risque commun sur la traçabilité de la dosimétrie « patient ». Le compte qualité a été ainsi segmenté en trois parties : cardiologie, gastro-entérologie interventionnelle, imagerie interventionnelle, auxquelles s'ajoute une partie commune.

Par ailleurs, suite à la dernière visite de l'ASN, un plan d'actions complémentaire d'une douzaine d'items piloté par la personne compétente en radioprotection (PCR) et le radiophysicien du CHBS a été défini pour répondre aux risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est réalisé par un groupe élargi comprenant les cadres des trois secteurs et un médecin référent dans chacun d'eux.

Une fiche de poste institutionnelle définit les missions des pilotes de processus, et le groupe de pilotage reçoit autant que de besoin l'appui méthodologique de la direction qualité.

La formalisation de cette thématique et son organisation se décline au travers de trois documents supports spécifiques à chaque secteur : « protocole de mission et d'organisation du service imagerie », « prise en charge du patient en endoscopie » et « charte de la cardiologie sur le PTI ».

Chaque secteur est représenté au conseil de bloc, qui assure le pilotage commun de l'ensemble des activités interventionnelles.

La réalisation de cette activité prévoit des locaux adaptés sur chaque périmètre.

L'activité de cardiologie interventionnelle est organisée dans un secteur dédiée de deux salles du PTI, dont une est équipée d'une table de coronarographie.

Les personnels nécessaires au fonctionnement sont prévus avec 5 manipulateurs dédiés, avec un planning prévisionnel de 2 agents par jour en programmé et un de garde. Parmi l'effectif paramédical 5 infirmières sont formées à ces actes, dont 4 ont reçu une formation à la télécadiologie par un organisme extérieur et un cardiologue référent de l'établissement. La permanence de soins est assurée avec un cardiologue de garde sur place et un d'astreinte opérationnelle « coronarographie », avec les personnels paramédicaux en astreinte.

Les activités de gastro-entérologie interventionnelle et de radiologie interventionnelle sont réalisées dans un secteur spécifique dédié de une salle en partage entre les deux secteurs, selon un planning prévisionnel défini, actualisé en moyenne une fois par an.

Pour la gastro-entérologie, l'effectif nécessaire IDE est issue des infirmières d'endoscopie, dont 5 ont été formées par tutorat interne à ce type d'activité. Les manipulateurs en imagerie médicale (MER) sont mutualisés avec le service d'imagerie, les mêmes personnels étant sur l'activité de radiologie interventionnelle. Pour la permanence de soins, en gastro-entérologie, les gestes sont rares et sont réalisés sur le site du CHBS si le gastro-entérologue est compétent en imagerie interventionnelle (3 praticiens formés). A défaut, le patient est transféré vers les sites de recours du Centre hospitalier de Vannes ou du CHU de Rennes. En imagerie interventionnelle, deux praticiens sont formés à la partie interventionnelle de niveau 2, rendant plus complexe l'organisation d'une astreinte dédiée spécifique, en

particulier pour les embolisations. Dans ce contexte, l'organisation est superposable à celle de la gastro-entérologie avec le recours à un des deux radiologues s'il est de garde, ou au transfert du patient sur le même principe. Cette organisation prévisionnelle est diffusée aux urgences et aux services concernés au travers des listes d'astreinte. La programmation des actes est organisée de façon différente selon les secteurs. En cardiologie, la programmation est interne au service sur des supports « papier » centralisés au niveau de l'USIC, actualisée par le secrétariat et transmis chaque matin au bloc secteur « cardiologie » afin de permettre l'intégration des éventuelles urgences. Les gestes programmés sont transmis chaque semaine à la cellule de régulation du bloc opératoire, afin de permettre la mobilisation des ressources anesthésiques en cas de besoin.

Pour l'imagerie interventionnelle, la planification se fait au travers du système propre de prise de rendez-vous (RIS) du secteur d'imagerie, et pour les actes réalisés au PTI la planification est en parallèle inscrite dans le logiciel commun de programmation de bloc opératoire, selon un protocole établi. Pour la gastro-entérologie et à l'instar de toute l'activité endoscopique, la programmation est réalisée sur le logiciel de planification commun de bloc opératoire.

Les formations des professionnels aux gestes d'urgence (AFGSU) et à la radioprotection sont organisées.

Le recours à l'hospitalisation est organisé avec des admissions en cardiologie ou gastroentérologie pour les actes relevant de ces disciplines. Pour l'imagerie interventionnelle, le recours à l'ambulatoire est plus complexe, mais une réflexion est en cours afin de fluidifier cette organisation.

Indépendamment des secteurs identifiés décrits ci-dessus, le PTI dispose de 3 amplificateurs de brillance et le BGO d'un appareil. Pour le fonctionnement des appareils, le service d'imagerie prévoit quotidiennement un manipulateur dédié selon un planning établi, avec également une organisation qui couvre le recours au manipulateur des urgences en période de garde. Par ailleurs, afin de garantir un niveau cohérent entre l'ensemble des manipulateurs intervenants, le roulement prévoit une équipe dédiée au scanner, en sénologie, en coronarographie et en radiologie de projection, y compris le bloc. Pour ce qui est de l'équipe de nuit pouvant intervenir en salle de radiologie interventionnelle radio-gastro du bloc, un retour de jour une semaine toutes les six semaines est planifié dans le roulement.

De nombreuses procédures descriptives des activités réalisées sont disponibles dans la base documentaire informatisée, avec un travail en cours d'intégration de documents plus anciens encore sur format « papier ». Chaque secteur dispose d'une check-list de sécurité conforme à la société savante de rattachement, avec des modifications spécifiques au CHBS. En particulier la check-list de cardiologie modifiée est en cours d'évaluation. La traçabilité de la dosimétrie reçue par le patient est organisée différemment suivant les secteurs. En cardiologie et en imagerie, le logiciel métier de chaque secteur permet l'intégration directe de cette information dans les comptes rendus opératoires (CRO). Pour la gastro-entérologie, l'information est relevée manuellement et l'intégration dans le CRO est définie, de même que pour les actes d'imagerie réalisées en chirurgie comme l'orthopédique. Des fiches d'information du patient sont disponibles.

Les matériels d'anesthésie sont prévus au niveau du PTI, du BGO, ainsi que des chariots d'urgence en imagerie conventionnelle avec un plan de localisation institutionnel défini.

Les maintenances préventives et curatives des tables d'imagerie et des amplificateurs de brillance sont organisées avec des plannings annualisés suivis par le secteur biomédical.

Les contrôles aérauliques des deux périmètres interventionnels du PTI sont mutualisés avec le bloc central, et intégrés dans le planning annuel.

Les interfaces sont globalement organisées avec les services de soins et la pharmacie pour la gestion des DMI, en particulier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur au travers du cadre de santé et de médecins impliqués permet de diffuser la démarche qualité.

Pour les manipulateurs d'imagerie médicale, de nombreuses réunions de secteur sous l'égide du cadre permet de diffuser la démarche. Pour les IDE de chaque secteur, les réunions et leur rythme dépendent de l'encadrement.

Les professionnels sont chacun dans leur domaine impliqués dans la démarche de gestion des risques et participent à l'élaboration des éventuelles actions d'amélioration.

La communication dans les équipes se réalise au travers de plusieurs supports (affichage, compte-rendu de réunion, etc.)

Par ailleurs, les thèmes relatifs à l'imagerie interventionnelle sont régulièrement mis à l'ordre du jour du conseil de bloc, dont les comptes rendus sont accessibles dans la base documentaire.

Les résultats des indicateurs spécifiques de chaque secteur sont affichés dans la zone commune du bloc opératoire. La déclaration des événements indésirables est encouragée et l'ensemble des professionnels rencontrés, quelle que soit leur catégorie (IDE, MER, etc.) en connaît les modalités. Les manipulateurs ont également participé activement aux analyses des éléments de protection individuels et aux démarches d'évaluation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La visite du PTI a confirmé la mise à disposition de l'ensemble des matériels nécessaires en conformité avec l'organisation prévue, en particulier sur les EPI, la mise à disposition des dosimètres actifs et passifs. Les organisations opérationnelles constatées sur chaque site d'imagerie interventionnelle sont conformes aux prévisions, avec en particulier un nombre suffisant de professionnels formés. La formation à la radioprotection est effective et confirmée par les soignants rencontrés. Les salles de coronarographie, de rythmologie, ainsi que d'imagerie interventionnelle au PTI sont conformes et les circuits professionnels contrôlés. Les salles disposent des affichages lumineux d'alerte en cas de déclenchement des appareils à rayonnements ionisants. Le zonage est affiché pour chaque salle visitée, à la fois en interne et en externe. Les contrôles de pression sont effectifs et tracés sur les fiches d'ouverture de salle. Les matériels nécessaires en terme de DMI sont disponibles. Les ressources documentaires sont accessibles et connues des professionnels rencontrés à la fois sur la GED et sur papier. Les listes de garde et d'astreinte sont disponibles dans chaque secteur. Les professionnels rencontrés en cardiologie et en imagerie connaissent les procédures les concernant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les activités de cardiologie interventionnelle, de gastroentérologie interventionnelle et d'imagerie interventionnelle sont situées sur le plateau technique interventionnel (PTI) ; le mode d'accueil, mutualisé avec le bloc central conventionnel, respecte les mêmes principes effectifs de marche en avant. Les dispositifs de planification sont effectifs et disponibles au niveau du bloc sur les affichages communs et sur papier dans les secteurs concernés. Les dossiers consultés sont globalement complets, avec présence des documents d'information du patient, des courriers de demande d'examen, etc. En cardiologie, les comptes rendus sont réalisés en temps réel dans le logiciel dédié et comportent tous les items attendus, en particulier les références de l'appareil utilisé et la dosimétrie « patient ». L'imagerie utilise son système propre, mais le principe est identique et le compte-rendu produit en temps réel par le système de reconnaissance vocale et présence des items attendus. En gastroentérologie, les comptes rendus d'examen sont dictés au bloc opératoire en temps réel, puis transcrits secondairement par la secrétaire. Comme pour tout geste d'endoscopie digestive, le patient sort de l'établissement avec ce document, comme l'a montré l'investigation du patient traceur en endoscopie ambulatoire. Les check-lists prévues sont déployées au niveau du secteur et saisies en conformité avec les attendus. Dans les différents secteurs les règles d'hygiène sont connues et globalement respectées. La préparation locale du patient est conforme aux attendus et l'utilisation du « champage chirurgical » diffusée, avec une traçabilité effective sur la check-list et/ou le compte rendu. En secteur de cardiologie interventionnelle, de même que dans le secteur d'imagerie interventionnelle, les équipements de protection individuels (tabliers, lunette de protection) sont portés et en nombre suffisant. Leur entretien est tracé. Les dosimètres sont déployés et portés par l'ensemble des professionnels rencontrés. On notera également une analyse en cours de dosimètres sur lunette. Le circuit des professionnels est globalement organisé pour les limiter et éviter des entrées et sorties intempestives. Les matériels nécessaires, y compris DMI type Stent par exemple, sont disponibles et leur implantation est tracée sur les comptes rendus visualisés. Chaque salle d'imagerie dispose d'un matériel d'anesthésie fonctionnel et vérifié par un IADE quotidiennement. En imagerie classique, plusieurs chariots d'urgence sont disponibles avec une vérification planifiée par les personnels du secteur. La gestion des déchets est organisée sur le même principe que pour le bloc central. Le bionettoyage des salles entre les examens est effectif, de même que celui de fin de programme. Les conduites à tenir en cas d'exposition accidentelle aux rayonnements sont connues. Le suivi médical par le service de médecine du travail est effectif et les soignants rencontrés sont informés de la réglementation en la matière, ainsi que du suivi. Globalement, pour les formations à la radioprotection, l'ensemble des soignants non médicaux rencontrés a reçu les formations réglementaires en cours de validité. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles avec les différents fournisseurs (biomédical, pharmacie, stérilisation, etc.). Les interfaces avec les secteurs de soins sont effectives, avec une fiche support de liaison spécifique et différente selon la discipline.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est régulièrement réalisée par le groupe de pilotage. De nombreux indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont suivis, parmi lesquels on peut citer le suivi du nombre annuel de coronarographies, d'actes d'imagerie interventionnelle, de CPRE en gastro entérologie, d'actes réalisés en urgence, etc. Des actions d'évaluation de pratiques sont menées au sein de chaque secteur. Une EPP sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde appuyée sur l'activité du CHBS et l'intégration des patients au registre

ORBI est active depuis 2006. Une EPP sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral a été initiée en 2016. Les Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) sont actives en gastro entérologie et en cardiologie, et font l'objet d'une diffusion des résultats en interne à sur chaque secteur. En cardiologie, le staff hebdomadaire est également un lieu d'échange des résultats d'évaluation, ainsi que de repérage des dossiers à discuter en RMM. Le service d'imagerie s'est orienté vers la réalisation de CREX, avec un rythme moyen de 4 réunions par an. Les fiches d'évènements indésirables sont réalisées informatiquement et les professionnels en connaissent les modalités de traitement et de suivi.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration issues de la cartographie des risques, en particulier les actions retenues dans le compte qualité, sont effectives et ont donné lieu à réévaluation des risques concernés. Les niveaux de progression dans les plans d'actions sont suivis par les pilotes du processus, en lien avec la direction qualité. Une action sur la traçabilité exhaustive de la dosimétrie a été mise en œuvre. Les professionnels sont sollicités pour le suivi qui fera l'objet d'un audit en cours d'année.

Une action spécifique sur la qualité de remplissage de la check-list de sécurité est en cours de réalisation dans chaque secteur, afin d'évaluer les modifications mises en œuvre.

Les résultats des indicateurs d'activité sont affichés, et selon leurs résultats les actions sont ajustées.

La communication sur la thématique auprès des professionnels est menée dans l'établissement sur différents supports (affichage, disponibilité des comptes rendus de réunions dans la base documentaire, etc.).

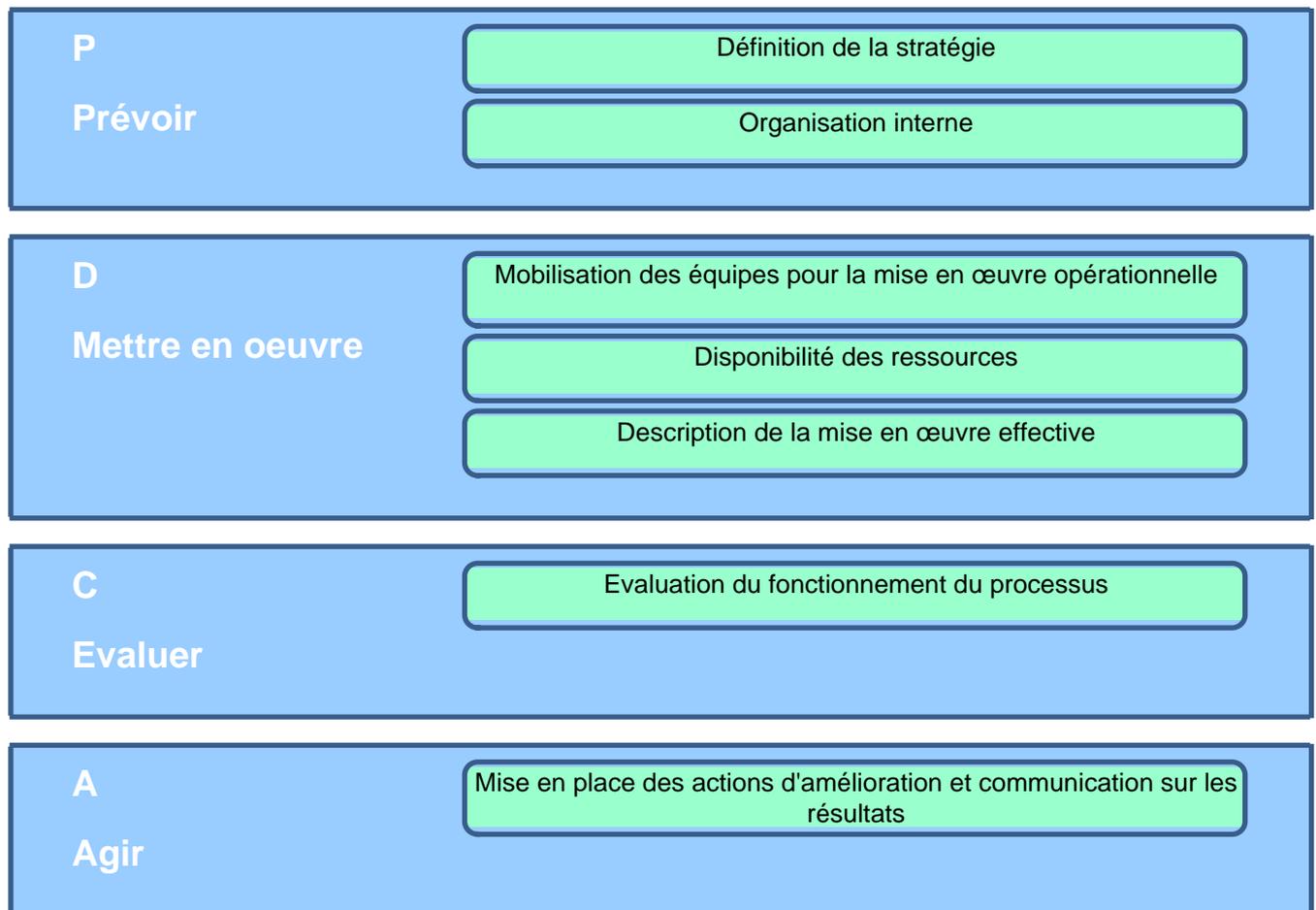
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie du Centre Hospitalier Bretagne-Sud de Lorient (CHBS) se réalise sur 3 sites : les consultations externes secteur 3 pour les endoscopies digestives, bronchiques et ORL sans anesthésie, le plateau technique interventionnel (PTI) pour les mêmes spécialités sous anesthésie, et le secteur USIC pour l'activité d'échographie transoesophagienne (ETO) en cardiologie. A chacun des trois sites est adossée une zone de traitement dédiée.

La politique et la stratégie du secteur sont définies au travers d'un document institutionnel validé en juin 2018 « Politique de prise en charge d'un patient pour un acte endoscopique ». Les orientations stratégiques sont définies au regard du positionnement du CHBS dans son territoire et des objectifs du projet d'établissement, des résultats de la dernière certification V2010, et des évolutions réglementaires, en particulier la mise en œuvre de la circulaire DGOS de 2016. Le développement de l'activité d'endoscopie, en particulier en gastro-entérologie, accompagne le développement ambulatoire dans lequel s'inscrit le CHBS.

Lors du déménagement du centre hospitalier sur le site du Scorff, et pour tenir compte des nouvelles organisations en pôle, un groupe « endoscopie » pluri professionnel comprenant des médecins, des infirmières, des aides-soignantes des zones de traitement a été constitué et a décliné en 2016 une cartographie des risques a priori appuyée sur le parcours du patient en endoscopie. Cette cartographie, présentée en CME et en CSMIRT en 2017, a été actualisée en 2018 et a permis de construire le plan d'actions hiérarchisé de la thématique, dont sont issus les risques les plus critiques inscrits dans le compte qualité. Ces risques ont été classés en 4 groupes : organisation et réalisation de l'examen, matériel et traitement, management et organisation de l'activité, et démarche qualité et sécurité pour un total de 17 risques suivis. Parmi les risques identifiés, on peut citer par exemple le défaut d'identification du risque prion, ou le défaut de coordination entre les circuits « programmé-urgent », ou la non connaissance des risques par les professionnels du secteur « endoscopie ».

A l'instar des autres thématiques, le plan d'actions de l'endoscopie est versé au PAQ du centre hospitalier pour un suivi institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus « endoscopie ». Les pilotes principaux du groupe sont un médecin gastroentérologue et un cadre d'endoscopie avec une fiche de poste institutionnelle définie, et un organigramme reprenant les représentants de la gastroentérologie, de la pneumologie et de l'ORL, au plan médical et paramédical.

Cependant, l'activité de cardiologie « échographie transoesophagienne (ETO) » n'a pas été intégrée dans la réflexion globale sur la thématique et ne participe pas à ce jour au pilotage. La participation d'un cardiologue aux travaux du groupe « endoscopie » a été évoquée comme action d'amélioration lors des prochaines réunions du groupe « endoscopie ».

Les membres du groupe participent également au conseil de bloc lors des réunions trimestrielles en fonction de l'ordre du jour.

L'organisation de l'activité est inscrite dans plusieurs documents supports de la base documentaire. Un document synthétique reprend les principales étapes de prise en charge du patient pour un acte endoscopique. Une procédure spécifique décline l'activité ETO dans tous ses champs de réalisation.

L'organisation paramédicale est différente selon les spécialités médicales.

Chaque spécialité dispose d'un effectif infirmier formé à l'activité dont il a la charge. Les formations sont réalisées par compagnonnage et par la participation à des congrès ou des formations auprès du CHU de Rennes. En gastroentérologie et en pneumologie, l'effectif IDE intervient sur les deux sites de réalisation des examens (consultations et PTI). Les infirmières en gastro-entérologie sont également formées à la désinfection des endoscopes.

Les personnels des zones de traitement sont des aides-soignantes dédiées et formées pour chaque secteur par la référente de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Au niveau du bloc opératoire, l'ensemble des aides-soignantes a été formé à la désinfection pour couvrir la permanence de soins, dans la mesure où le CHBS s'est doté d'une garde sur place aide-soignante sur le site de traitement du PTI 24 heures sur 24. Pour chaque agent en formation, le cadre du secteur décline un portfolio sur le même modèle que les autres secteurs du CHBS, permettant de valider l'évolution de l'agent. La formation des infirmières à l'ETO est gérée en cardiologie avec 5 jours de formation interne globale (activité et traitement du matériel), appuyée sur des protocoles internes à la cardiologie. La présence au bloc central de deux aides-soignantes référentes concoure également au suivi de la formation de des personnels nouvellement intégrés à l'activité d'endoscopie.

L'ensemble des infirmières d'endoscopie digestives et pneumologiques a participé aux formations en radioprotection, dont l'actualisation est programmée en fin d'année 2018.

La prévention du risque professionnel lié à la manipulation de produits dangereux et corrosifs est organisée avec la médecine du travail, et un suivi prévisionnel des agents est en place.

La permanence de soins en gastro-entérologie, qui représente la plus grande activité, est organisée sur le plan médical et paramédical. La prise en charge de filières spécifiques est définie. Au jour de la visite, il existe une filière de prise en charge en endoscopie pédiatrique digestive, mais la rareté du geste et le fait qu'un seul praticien soit formé à cet exercice a conduit le CHBS à tisser une convention avec le CHU de Rennes, de mise en œuvre prochaine avec transfert des enfants concernés. Le recours à un endoscope (souvent un bronchoscope) en réanimation est organisé au travers d'une procédure spécifique, mise à jour en 2018 et qui reprend le fonctionnement de journée et l'organisation en permanence de soins pour laquelle un matériel est mis à disposition au niveau du PTI. Le circuit de retour du matériel dans ce contexte est organisé au même niveau, permettant le traitement immédiat de l'endoscope sans délai par l'aide-soignante de garde.

Le CHBS dispose pour chaque type d'endoscopie de locaux adaptés avec les colonnes vidéos prévues, tant sur le site des consultations que du bloc opératoire. Le parc matériel comprend des endoscopes digestifs, bronchiques, des nasofibrosopes (ORL) et des sondes ETO en nombre suffisant pour couvrir les activités prévisionnelles. Chaque secteur dispose de son parc matériel en propre. Des systèmes de gaine sont prévus en ORL et en cardiologie pour protéger les appareils, avec une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'utilisation sans housse protectrice. Le circuit du matériel entre le site de réalisation de l'examen et le site de traitement est défini, avec un système homogène et unifié sur toutes les activités d'endoscopie : plateau avec emballage plastique « vert » pour les endoscopes propres prêts à l'usage, et « rouge » pour les endoscopes utilisés. Les zones de traitement des consultations externes et du bloc disposent de laveurs-désinfecteurs automatisés, ainsi que de paillasses pour le traitement manuel des endoscopes. Afin de faciliter le fonctionnement en permanence de soins, chacun des secteurs dispose d'armoires de stockage. Pour chaque appareil d'endoscopie, le suivi est organisé par un cahier de vie papier conservé sur site, et au travers d'un suivi informatisé des maintenances coordonné avec le service biomédical.

La base documentaire comprend les différentes procédures de traitement des endoscopes souples critiques et semi critiques, appuyées sur les préconisations de la circulaire de 2016. Une procédure dédiée décrit l'utilisation et le traitement des nasofibrosopes, et une autre l'utilisation et la prise en charge des sondes ETO.

La planification des gestes d'endoscopie est différente selon le site de réalisation de l'activité. Pour les gestes réalisés au bloc opératoire, le logiciel commun de programmation du bloc opératoire est la référence. Pour les consultations externes de gastro-entérologie, de pneumologie ou de cardiologie ETO, la planification se fait sur des fiches de programmation le plus souvent manuscrites et spécifiques à chaque secteur. Pour l'ORL, l'utilisation du nasofibroscope est partie intégrante de la consultation selon le cas du patient.

Une fiche spécifique de suivi d'un endoscope en permanence des soins est disponible dans la base documentaire.

Le circuit des prélèvements anatomopathologiques est défini avec une procédure spécifique.

Les maintenances préventives et curatives sont organisées sur un planning annualisé.

Les contrôles bactériologiques réglementaires de l'eau d'alimentation des laveurs désinfecteurs sont organisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène selon un calendrier défini. Au niveau des armoires de stockage, les contrôles réglementaires sont également organisés, et chaque mois un endoscope de chaque famille est testé.

Les documents de référence sont prévus : en particulier les check-lists de sécurité (en particulier pour la gastro-entérologie et la pneumologie) dans une version papier modifiée propre au CHBS. De nombreuses fiches d'information patient sur les gestes sont à disposition dans les différents sites.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Chaque secteur sous la supervision de son cadre et du médecin référent décline la démarche institutionnelle auprès des équipes à la fois infirmières et aides-soignantes. De nombreuses réunions communes sont réalisées par exemple en gastro-entérologie, avec une forte implication des soignants médicaux et non médicaux dans l'analyse des dysfonctionnements éventuels et dans la mise en œuvre de nouvelles actions d'amélioration. Les membres du groupe « endoscopie » participent au conseil de bloc, dont les comptes rendus sont accessibles sur la base documentaire. Pour les aides-soignantes (AS) des zones de traitement, des formations complémentaires et des réunions spécifiques sont organisées avec la faisant fonction cadre IBODE, responsable des AS.

Des actions de contrôle de pratique, en particulier sur la désinfection des endoscopes, sont régulièrement mises en œuvre et permettent les ajustements nécessaires en cas de besoin.

Les professionnels rencontrés (SSPI bloc ambulatoire, IDE endoscopie, aide-soignante) sont investis dans la démarche d'évaluation et sont régulièrement force de proposition au niveau de l'établissement pour l'amélioration de leur pratique, en particulier avec l'implication des infirmières et aides-soignantes référentes.

Les résultats d'audits sont diffusés aux équipes lors des réunions ou par affichage.

La communication entre les pilotes et les acteurs du terrain est particulièrement encouragée et contribue au dynamisme des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Lors de la visite sur le terrain au niveau des consultations externes (gastro-entérologie, pneumologie et ORL), du PTI et de l'USIC pour le secteur ETO, avec à chaque fois les zones de traitement dédiées, le constat de la conformité des locaux a été fait. Au niveau des consultations externes, la zone de traitement permet le respect d'une marche en avant des matériels contaminés et propres circulant par des accès séparés. Au bloc central et en ETO, les locaux sont plus exigus et borgnes, avec néanmoins une organisation opérationnelle et sécurisée, où les dispositifs ne se croisent pas et avec toujours une circulation maîtrisée des endoscopes, connue des professionnels. Les matériels nécessaires à l'activité sont mis à disposition quotidiennement pour chaque type d'activité sur un chariot mobile avec compartiment. Chaque appareil dispose de la fiche de dernier traitement et de suivi présente dans son bac de transport.

Les ressources en professionnels formés nécessaires sont déployées sur chaque site.

Les Équipements de Protection Individuelle (EPI) sont disponibles et utilisés (masques, blouses et lunettes de protection oculaire). Pour le traitement, quatre aides-soignantes se relaient sur le site des consultations, et deux par jour sur le site du PTI, auxquelles s'ajoute le poste de garde.

Les salles de traitement des endoscopes disposent d'une ventilation efficace permettant une évacuation des vapeurs chimiques. Les procédures de fonctionnement des laveurs désinfecteurs, des armoires de stockage, ainsi que la conduite en cas de panne sont accessibles et connues. La plupart d'entre elles sont à disposition dans un classeur de la zone de traitement.

La base documentaire est connue des professionnels rencontrés qui la mobilisent aisément.

Les cahiers de vie sont disponibles dans chaque secteur, pour chaque appareil numéroté et enregistré sur le logiciel de suivi dédié : les soignants rencontrés savent mobiliser les informations sur le site sans difficulté particulière. Les résultats des prélèvements bactériologiques sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour la réalisation de l'activité d'endoscopie, quelle que soit la discipline, sont mises en œuvre de manière effective.

La programmation des actes pour la partie située au bloc central est opérationnelle.

Dans les dossiers consultés l'ensemble des documents attendus est retrouvé, en termes de courrier du praticien réalisant l'acte, de la consultation d'anesthésie et des fiches d'information ou de consentement réglementaire.

Toutefois, l'utilisation de la check-list demeure hétérogène selon les spécialités. La check-list de sécurité est déployée sur papier en gastro-entérologie et en pneumologie. Lors de la consultation des dossiers au PTI, l'expert visiteur a pu constater parfois une saisie non exhaustive des items de la check-list en endoscopie digestive. De plus lors, l'entretien avec les pilotes a révélé que la check-list en pneumologie, pourtant disponible, n'est pas toujours utilisée par les professionnels médicaux. Le groupe « Endoscopie » a prévu une action spécifique sur ce sujet.

Le circuit des prélèvements anatomopathologiques au PTI est opérationnel, avec un circuit identifié par une fiche d'examen jointe aux pots de prélèvements, et un cahier de traçabilité dédié permettant de tracer les examens déposés dans deux zones tampons, dont l'une est située à proximité du secteur d'endoscopie. Les prélèvements y sont récupérés par un coursier interne à l'établissement pour le laboratoire de biologie de l'établissement qui gère les envois au laboratoire prestataire extérieur. Pour les consultations externes, la transmission est effectuée par pneumatique jusqu'au laboratoire, avec le même type de fiche de traçabilité.

La prise en charge des endoscopes est opérationnelle avec un suivi effectif du traitement conforme aux attendus de la circulaire DGOS de 2016. Les codes couleurs choisis (vert « propre » ; rouge « Sale ») sont respectés et les manipulations maîtrisées par les professionnels rencontrés.

Le circuit des patients est bien identifié dans chaque secteur avec des locaux spacieux d'accueil. Au niveau du PTI, le circuit est celui du bloc opératoire avec acheminement via la zone d'accueil. La priorisation des patients ambulatoires est effective.

Les pratiques professionnelles sont conformes aux attendus en matière de prise en charge en endoscopie, comme les visites des sites ont pu le confirmer.

Les prescriptions médicales sont principalement réalisées sur papier par les médecins anesthésistes pour les antalgiques.

Les interfaces sont opérationnelles, tant avec la pharmacie pour le renouvellement des pinces de biopsie à usage unique ou des DMI. En particulier en endoscopie digestive, les commandes sont gérées par une IDE pour 50% en poste logistique chaque semaine.

Le suivi bactériologique est effectif, et le calendrier annualisé de suivi par l'équipe EOH a été présenté pour les années 2016-2017, ainsi que le planning prévisionnel 2018.

La gestion des pannes de colonne est connue des professionnels avec des colonnes de secours, et selon les besoins le recours aux colonnes d'un secteur ou de l'autre.

La prise en charge des endoscopes utilisés en réanimation est connue, et le circuit est maîtrisé par les

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est assurée par de nombreux tableaux de bord de suivi (nombre d'agents formés à la désinfection, taux de conformité des prélèvements bactériologiques sur les appareils, etc.).

Des indicateurs d'activité quantitatifs sont suivis au travers de tableaux de bord dont les résultats sont présentés en réunion de secteur et en réunion du groupe « endoscopie », avec un suivi particulier des taux d'occupation des vacations et de débordement, en particulier en gastro-entérologie.

Un des praticiens gastro-entérologues est accrédité par la HAS.

La déclaration des FEI est encouragée au travers le support informatique. Tous les secteurs ont une augmentation des FEI déclarées.

Un audit de pratique sur la gestion du risque infectieux lors de l'utilisation des endoscopes non autoclavables à canaux a été mené en 2015, et va être renouvelé.

Le secteur de gastro-entérologie a développé des RMM régulières et également des CREX de rythme variable, et le plus souvent appuyés sur des déclarations de FEI.

Les comptes rendus des évaluations et audits sont restitués par l'encadrement aux professionnels, eux-mêmes très impliqués dans la participation aux réunions mensuelles de leur secteur. Les cadres de chaque secteur sont impliqués dans la diffusion des résultats.

A / AGIR

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

Le suivi des actions issues de l'analyse des risques est formalisé au travers des réunions des secteurs.

Les risques identifiés et définis aux réunions précédentes sont suivis de façon systématique et les actions d'amélioration ou d'ajustement sont organisées avec des objectifs fixés en collaboration avec les acteurs de terrain, en termes d'échéancier, de pilotage et de suivi.

La supervision par le management qualité permet de donner un appui méthodologique à l'ensemble des responsables de processus.

Les professionnels sont également investis dans la démarche, à laquelle ils participent en amont et en aval des réunions de direction (ambulatoire, bloc, consultations externes).

Des actions d'amélioration sont envisagées sur la traçabilité du risque ATNC aux services prestataires, compte tenu du hiatus de communication constaté dans les documents supports (cette action sera portée prochainement au niveau institutionnel). Le suivi des actions du compte qualité permet également de valider l'organisation et de décliner les ajustements nécessaires. L'amélioration des check-lists de sécurité avec des items ajoutés sécurisant la prise en charge, comme la recherche inscrite des traitements anticoagulants ou antiagrégants, fait partie des actions d'amélioration issues de l'analyse des risques a priori, et d'un suivi spécifique pour une validation institutionnelle à la fin de l'année 2018.

Les résultats sont affichés pour les professionnels au niveau de leur site d'intervention.

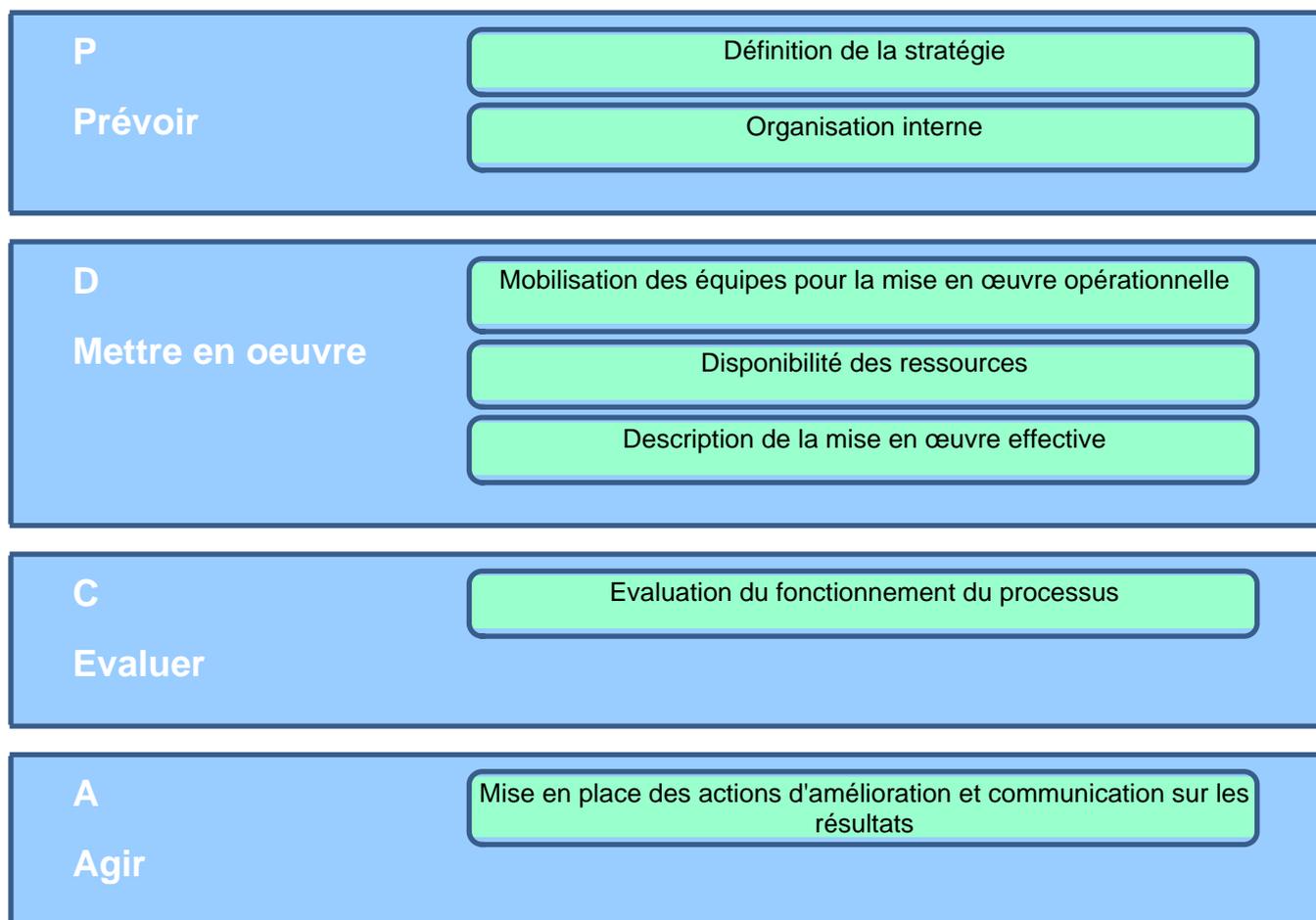
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Pôle « Femme-Mère-Enfant-Adolescent » du Centre hospitalier Bretagne-Sud (CHBS) intègre dans son périmètre une maternité de niveau 2B (disposant d'une unité de néonatalogie de soins intensifs pour nouveau-nés), qui a réalisé 2563 accouchements pour 2609 naissances en 2017.

A ce titre, la maternité assure la prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, sans soins de réanimation.

Le suivi des grossesses à haut risque et la prise en charge des nouveau-nés relevant d'un service de réanimation en néonatalogie sont orientés vers la maternité de niveau III du Centre hospitalier de Vannes, ce qui permet de prendre en compte le niveau de risque foeto-maternel.

La maternité du CHBS adhère au Réseau de santé périnatal du Morbihan (56).

Les missions relatives à la prise en charge en gynécologie obstétrique et périnatalité sont définies dans le Projet Médical Partagé du Groupement hospitalier de territoire Sud Bretagne, qui prend en compte notamment les besoins en soins de la population du Centre hospitalier de Quimperlé depuis la fermeture de sa maternité en 2008.

Les risques liés à la salle de naissance ont été identifiés, analysés et in fine validés en février 2018 par un groupe pluridisciplinaire composé de médecins (obstétriciens, pédiatres), sages-femmes, auxiliaires de puériculture et agent GAP, à partir d'une analyse processus de toutes les étapes de la prise en charge de la parturiente. La criticité et le niveau de maîtrise du risque ont permis d'arrêter une cartographie des risques faisant ressortir les principaux risques et les points forts. Le champ des risques recensés couvre les sous-processus liés à la démarche qualité, aux missions et à l'organisation, à l'entrée de la patiente pour un accouchement, à l'opérationnalité des salles, à la prise en charge de l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né en suite de naissance immédiate.

Les risques présentant une criticité élevée (trois niveaux de risque déterminés, risque sous-contrôle, risque à surveiller et risque à traiter en priorité) alimentent le compte qualité et ont conduit à l'élaboration d'un programme d'actions préventives et de surveillance spécifique versé au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins institutionnel (PAQ).

Ce programme a été présenté en réunion de service, en Commission médicale d'établissement et validé en Costrat.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la salle de naissance est assuré par le médecin gynécologue obstétricien chef de service et une sage-femme cadre coordinatrice. Ces deux pilotes ont reçu une lettre de mission générique de la direction leur précisant les attendus en termes de conduite de processus.

Les effectifs médicaux, de sages-femmes et de personnels paramédicaux sont conformes aux prérequis d'une maternité de niveau 2B et au nombre de naissances réalisés annuellement. Les modalités organisationnelles en termes de ressources humaines (présence sur place et lignes d'astreinte), de prise en charge (nouveau-nés, urgences vitales, accouchement sous X, etc.), et d'interfaces avec les autres services (notamment avec le bloc opératoire) sont définies dans divers documents de procédure et d'organisation du secteur de naissance.

Des formations, intégrées au plan de formation institutionnel, ciblent des thématiques de prise en charge (rythme cardiaque fœtal, atelier de simulation au CHRU de Brest, épisiotomie, deuil périnatal, etc.), des thématiques d'ordre général (communication positive), des congrès de spécialité (Assises nationales des sages-femmes), et l'obtention de diplômes universitaires, notamment pour les sages-femmes (DU d'échographie, etc.).

La base documentaire, intégrée au logiciel de gestion documentaire institutionnel, est constituée essentiellement de protocoles (prise en charge des césariennes programmées, accouchement dans l'anonymat, etc.), et permet d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité/sécurité en salle de naissance.

Les locaux correspondent aux exigences liées à l'activité obstétricale de l'établissement avec un box d'accueil, cinq box d'urgence, deux salles d'examen, quatre salles de prétravail et 7 salles de naissance. Au bloc opératoire contigu au secteur de naissance (en accès direct par un sas) sont pris en charge les césariennes programmées et non programmées dans deux salles distinctes, la salle de césarienne programmée étant toujours disponible si une urgence se présente. Les tables de réanimation néonatale sont situées soit dans la salle de naissance, soit entre deux salles (y compris au bloc opératoire).

Ces différentes salles contiennent selon leur destination les équipements nécessaires à la prise en charge des patientes et des nouveau-nés (fluides médicaux, chariots de réanimation, respirateur, pH mètre, incubateur, etc.). Les interfaces sont définies avec le laboratoire, le bloc opératoire et les secteurs d'aval (suite de couche, etc.), favorisant ainsi la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires, l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de la salle de naissance connaissent la stratégie définie en matière de conduite de processus (objectifs, risques spécifiques au secteur, etc.) et les actions entreprises issues du programme d'actions déployé dans le cadre de la démarche d'identification des risques.

Les pilotes du processus sensibilisent les professionnels aux risques identifiés à travers les réunions de service (trois fois par an avec l'ensemble du personnel). Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, via des audits de bonnes pratiques ou les échanges entre les professionnels lors des staffs quotidiens de programmation réalisés en présence du gynécologue.

Les personnels (médecins, sages-femmes, auxiliaire de puériculture, etc.) participent au recueil et à l'analyse des événements indésirables, ainsi qu'à leur analyse (RMM propres au service). Les actions correctives et les conclusions des démarches sont communiquées à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs médicaux et paramédicaux sont en adéquation avec la charge de travail et les tableaux de service sont affichés dans les secteurs de naissance. Les plannings permettent la présence le jour d'une sage-femme à l'accueil/urgence et de trois en secteur de naissance, la nuit d'une sage-femme à l'accueil/urgence et deux en secteur de naissance. Un gynécologue-obstétricien est sur place 24 heures sur 24, ainsi qu'un médecin d'anesthésiste assisté d'un IADE. L'intervention d'un pédiatre de garde sur place en semaine et d'astreinte le week-end est effective.

La régulation de la programmation, garantissant la sécurité des patientes et des prises en charge, est effectuée lors d'un staff matinal, et les césariennes programmées sont prises en charge dans le cadre d'une programmation établie avec le bloc opératoire. La sage-femme coordinatrice peut ajuster les effectifs en cas de pic d'activité en lien direct avec les sages-femmes de maternité (personnel mutualisé).

Les personnels suivent les formations inscrites au plan de formation.

La documentation est accessible sur la base informatique de gestion documentaire institutionnelle à partir des postes informatiques présents dans le service, ou en format papier pour certaines procédures sensibles (notamment pour les césariennes en urgence).

L'opérationnalité des salles de naissance est garantie tous les matins avec des séquences d'ouverture de salle et une vérification de la disponibilité des matériels.

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

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

Les vérifications opérationnelles des équipements et dispositifs médicaux, ainsi que celles relatives à la présence des matériels sont effectuées.

Cependant, la traçabilité des vérifications n'est pas assurée dans tous les secteurs de la salle de naissance. En effet, le réarmement des sept salles de naissance s'effectue à partir du réassort des matériels et dispositifs utilisés par les maïeuticiens, sans utilisation d'une check-list permettant d'assurer l'exhaustivité du contrôle, et sans traçabilité. Par ailleurs, la traçabilité du bionettoyage n'est pas réalisée après chaque séquence.

Selon l'avancée du travail, la future maman est dirigée vers la salle de pré-travail, voire directement en salle de naissance. Les circuits sont respectés pour ce qui est du programmé et du non programmé (prise en charge en maternité, puis au bloc général pour les césariennes programmées). Les procédures de césarienne selon le degré d'urgence sont connues des personnels.

Les étapes de la prise en charge sont tracées par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sur le dossier obstétrical de la maman (la maternité est une unité pilote pour le dossier patient informatisé). Le partogramme est rempli sous format numérique. Le dossier du nouveau-né est initié en salle de naissance. Les actes réalisés par l'anesthésiste (péridurale en salle de naissance, anesthésie au bloc opératoire) sont également tracés.

Lors de la naissance du bébé, un bracelet d'identification est posé selon les règles institutionnelles définies en matière d'identivigilance.

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

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

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier Bretagne-Sud assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus du secteur de la salle de naissance sur la base d'outils identifiés.

Des indicateurs d'activité sont renseignés et suivis concernant le nombre de naissances, le taux de césarienne, d'extraction (ventouse/forceps), d'épisiotomie, etc. Des indicateurs de qualité sont également pris en compte comme la mesure de la satisfaction des patientes et les IQSS.

Un rapport annuel d'activité est produit pour ce secteur d'activité et présenté aux instances.

Des RMM sont également instruites, notamment sur les épisiotomies et les césariennes dans l'optique d'améliorer la pertinence de ces actes.

Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) de spécialité sont menées comme sur l'évaluation de l'indication des césariennes programmées à terme, et une démarche d'évaluation de la gestion du risque en équipe est conduite (Etat néonatal non rassurant) dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration, issues des évaluations, sont mises en œuvre et suivies par les pilotes du processus.

Ces actions ciblent des domaines divers touchant aussi bien la rédaction des protocoles de prise en charge non programmée intégrant les codes d'urgence ou de prise en charge du nouveau-né en salle de naissance, que l'amélioration des prises en charge en lien avec la pertinence des actes. Ainsi, après un travail dans ce domaine, le taux d'épisiotomie a été abaissé de manière significative, ainsi que celui des césariennes qui est aujourd'hui de 16.2%. Un travail sur le taux d'extraction instrumentale a également permis de le réduire à 12%.

Les résultats sont communiqués annuellement aux équipes lors de réunions animés par les pilotes du processus.

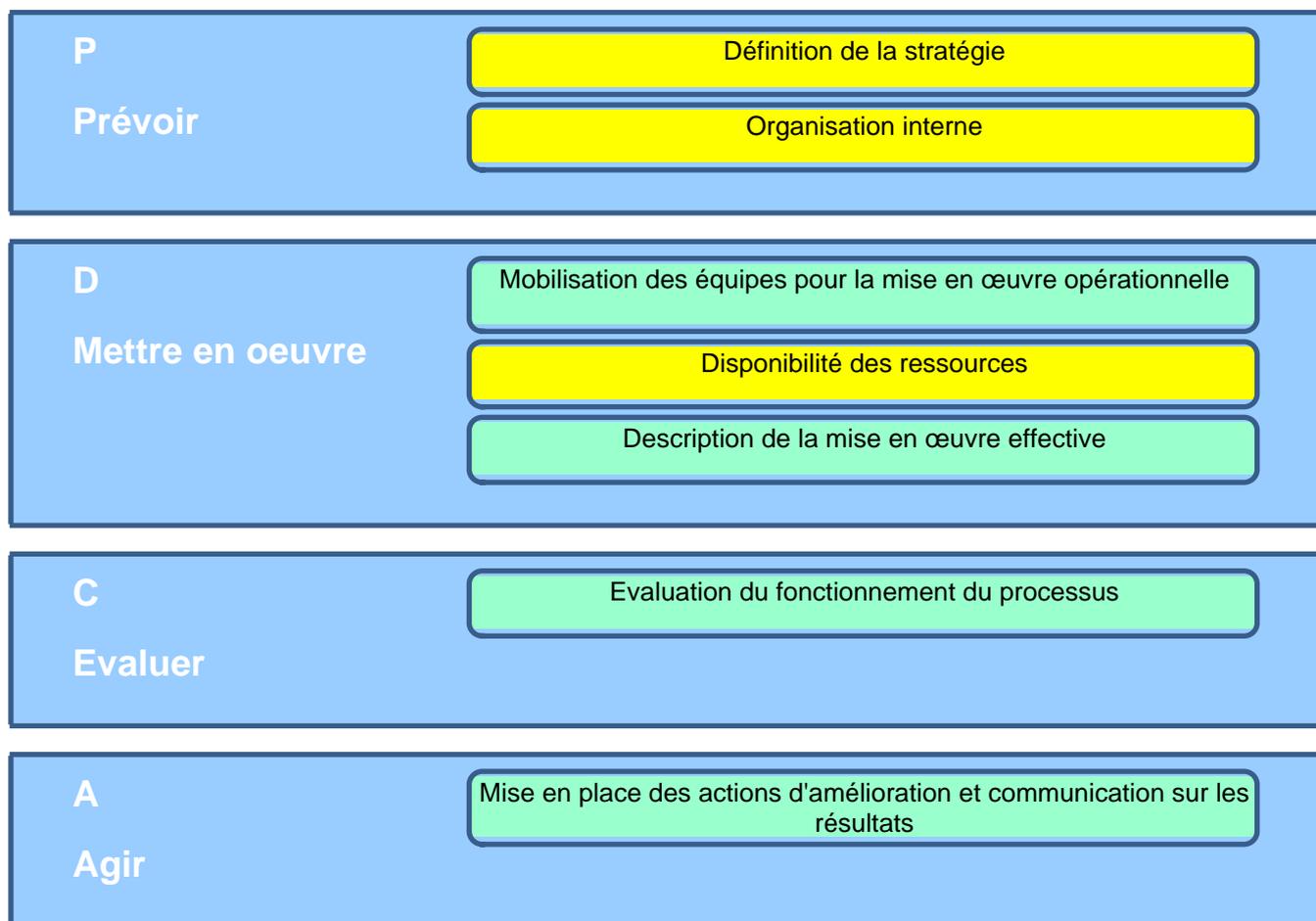
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Bretagne-sud (CHBS) assure une activité de prélèvement d'organes et de tissus avec, en 2017, 18 donneurs recensés en mort encéphalique et 14 donneurs prélevés. L'activité de prélèvement de tissus concernent exclusivement les cornées avec 50 prélèvements réalisés.

L'établissement a identifié ses besoins de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus à partir des deux rapports de certification de l'agence de la biomédecine de novembre 2015 et d'octobre 2016, en s'attachant à mettre en œuvre les actions d'amélioration préconisées. Les résultats des indicateurs d'activité et qualité issus de « Cristal Action » ont été également mobilisés.

Le CHBS adhère au programme Cristal action proposé par l'agence de la biomédecine.

Il s'intègre dans les réseaux de prélèvement (notamment régional) et a établi une convention de partenariat avec le Centre hospitalier de QUIMPERLE dans le cadre de son réseau opérationnel de proximité.

Il est prévu qu'en janvier 2019, l'activité de prélèvement figure dans le CPOM signé entre l'établissement et l'ARS.

L'établissement a inscrit dans les orientations stratégiques de son projet d'établissement 2015-2020 un axe sur « La consolidation de l'activité de prélèvements d'organes et de tissus, et du rôle de la coordination hospitalière ». Les objectifs suivants ont été définis :

- Poursuivre le développement de l'activité de prélèvements d'organes et de tissus ;
- Exploiter les données de l'enquête « Cristal action » pour optimiser le recensement des donneurs potentiels ;
- Animer le réseau de proximité avec le Centre Hospitalier de QUIMPERLE ;
- Consolider les actions de promotion du don d'organes auprès du public et les actions de formation auprès des professionnels de santé et les étudiants ;
- Poursuivre les engagements autour de la certification par l'ABM pour l'amélioration de la qualité du processus du prélèvement et la gestion des risques ;
- Participer à l'animation et aux travaux du réseau régional en collaboration avec le service de régulation et d'appui de l'ABM.

Le plan d'amélioration ainsi arrêté a été intégré récemment au Programme d'Actions Qualité (PAQ) institutionnel.

Cependant, l'établissement n'a pas identifié les risques au regard de son activité de prélèvement d'organes et de tissus, ne permettant pas de dégager des priorités d'amélioration au-delà de celles définies dans le cadre des deux précédents rapports de certification établis par l'agence de biomédecine. De plus, le Comité de pilotage dédié à l'activité de prélèvement d'organes permettant le suivi du programme n'est pas en place.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par un médecin coordonnateur anesthésiste réanimateur à hauteur de 0.3 équivalent temps plein (ETP), assisté d'un cadre de santé infirmier à temps plein référent. La fiche de poste du médecin coordonnateur précise les missions principales de la fonction, avec entre autres les attentes en matière de coordination, de contribution à la bonne prise en charge des donneurs d'organes et de tissus, ou de mobilisation des professionnels impliqués dans l'activité de recensement et de prélèvement.

Pour ce qui est des ressources humaines, l'établissement a attribué à la coordination hospitalière 1.25 ETP (le cadre de santé qui assiste le médecin coordonnateur au niveau du pilotage, plus 0.25 ETP d'un autre cadre de santé permettant de couvrir les absences du cadre de santé référent). Sur site, l'établissement peut compter pour assurer les prélèvements du rein et du foie sur un chirurgien en interne, et sur le concours de deux chirurgiens d'établissements de proximité. Pour les autres prélèvements d'organes, l'établissement a recours à des chirurgiens préleveurs via la régulation régionale. Les équipes d'IBODE officiant lors des prélèvements au bloc opératoire sont mobilisables sous la forme du volontariat (5 personnes physiques).

Un médecin et un cadre infirmier ont été désignés correspondants biovigilance en mars 2018.

Cependant, l'activité de biovigilance n'est pas structurée et formalisée dans des procédures. Le suivi des déclarations éventuelles ne peut être assurée en l'absence de formalisation de l'organisation de cette vigilance.

Le plan de formation prévoit, en lien avec les formations proposées par l'agence de biomédecine, des formations ciblant l'activité de prélèvement. Ces dernières concernent aussi bien la formation initiale pour les nouveaux arrivants que la formation continue obligatoire à l'activité de prélèvement.

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

L'établissement organise la réponse à ses besoins matériels. Les modalités d'approvisionnement et de gestion des stocks de matériel spécifique et de produits entrant en contact sont définies et connues des professionnels rencontrés. La gestion des machines à perfuser et des dispositifs médicaux est formalisée. Il en va de même pour les modalités d'entretien et de gestion des conteneurs à greffons.

Une salle de prélèvement de tissus chez les donneurs à cœur arrêté adaptée et distincte de la salle d'autopsie et des salles de préparation des corps (thanatopraxie) est situé dans les locaux de la chambre mortuaire.

La base documentaire nécessaire à l'activité est élaborée. De nombreux protocoles sont rédigés et embrassent l'ensemble des étapes liées aux prélèvements. Ces protocoles concernent aussi bien « Le procès-verbal de constat de la mort avant prélèvement », « La procédure de recherche d'absence d'opposition », « La procédure de diagnostic de mort encéphalique », « L'interrogation du registre national », « L'entretien avec les proches », « Le déroulement d'un prélèvement d'organes et de tissus », ou « Le transport de greffons à la banque de tissus ».

Les circuits et interfaces sont définis avec les laboratoires de biologie médicale (CHBS, EFS et CHU de RENNES), le service d'imagerie médicale pour l'angioscanner cérébral, et avec les intervenants extérieurs (service de régulation et d'appui, équipes de greffe, transporteurs, aéroport).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Ainsi, un programme d'amélioration du recensement des donneurs, Cristal Action, est en place. Des services cibles ont été choisis (SAU, neurologie, UINV, médecine polyvalente, réanimation), et une affiche « Alerte Prélèvements d'Organes » a été rédigée et reprend ce que chacun doit connaître, ainsi que le numéro de téléphone à joindre lors du repérage d'un donneur potentiel.

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

Les professionnels impliqués dans un prélèvement d'organes (coordination hospitalière plus les intervenants au bloc opératoire) organisent après chaque prélèvement, sous l'égide du coordinateur médical, une séance de débriefing qui peut s'apparenter à un retour d'expérience. Les résultats des indicateurs liés à l'activité de prélèvement leur sont communiqués.

Des fiches d'évènement indésirable sont rédigées (3 en 2016 et 1 en 2017) et les actions correctives sont définies avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en compétences sont adaptées à l'activité et aux missions.

Une présence infirmière de coordination hospitalière de prélèvement est effective les jours ouvrables. Une astreinte infirmière pour les jours fériés, les week-ends et les nuits est en place.

L'organisation de la continuité de service des praticiens permet la prise en charge du donneur de 24h/24, 365 jours sur 365.

Cependant, la disponibilité des ressources humaines pour le prélèvement d'organes n'est pas toujours assurée. La mobilisation des IBODE pour réaliser un prélèvement d'organes au bloc opératoire repose sur le volontariat, à partir d'une liste de personnels préétablie. En cas d'indisponibilité, le prélèvement ne peut être réalisé et pris en compte comme une urgence chirurgicale telle qu'il est défini. Un prélèvement en juillet 2018 a été effectué avec un différé de 24 heures, aucun IBODE n'ayant pu se déplacer. Par ailleurs, le nombre des personnels paramédicaux dédiés à la coordination hospitalière est en deçà des préconisations de l'agence de biomédecine, 1.25 ETP au lieu de 2.25.

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés, avec une période de tutorat où le postulant formé assiste à trois prélèvements avant d'être autorisé à exercer dans ses nouvelles fonctions.

La disponibilité des documents est assurée via la GED institutionnelle.

Des fascicules sur les dons d'organes et de tissus, édités par l'Agence de la biomédecine, sont à disposition du public dans le hall d'entrée et à proximité des services cibles.

Les locaux et équipements de la coordination hospitalière sont adaptés, sécurisés et permettent le respect de la confidentialité.

Des locaux d'accueil sont réservés pour l'entretien avec les proches, un en réanimation et deux au service des urgences. Ils sont conformes aux règles de bonnes pratiques et permettent de conduire l'entretien avec les familles en toute confidentialité, avec des règles de confort présentes.

L'équipement et les salles de prélèvement sont adaptés à l'activité et garantissent la prise en charge du donneur dans les règles de sécurité sanitaire.

Toutefois, la salle de prélèvement de tissu ne permet pas la réalisation de cette activité à toutes les époques de l'année. En effet, la salle de prélèvement de tissus ne dispose pas d'un système de maintien de la température ambiante (climatisation ou dispositif apparenté). La température de la pièce peut monter en période de forte chaleur à 24°, comme cela a été le cas lors de l'été 2018.

Les moyens de communication de la coordination hospitalière permettant la continuité de la prise en charge du donneur sont à proximité (ligne extérieure directe, fax dans le service de réanimation contigu, etc.).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement de l'activité de prélèvement.

La coordination hospitalière se déplace dans les services de soins pour sensibiliser les services au repérage de donneurs potentiels. Elle est alertée dès l'apparition de signes cliniques de mort encéphalique. Dans les services cibles, les critères d'éligibilité et de contre-indications sont connus des professionnels (fiche spécifique d'information diffusée). Le service de régulation et d'appui (SRA) est alerté en temps réel de la présence d'un donneur potentiel. Le diagnostic de mort encéphalique est réalisé conformément à la réglementation (procès-verbal de constat de décès signé par deux médecins).

La coordination hospitalière interroge le registre national des refus.

Une démarche de recherche d'une opposition du défunt de son vivant auprès des proches est conduite par l'équipe de la coordination hospitalière. La « Grille de débriefing de l'entretien avec les proches » de l'arrêté du 16 août 2016 est utilisée pour effectuer un temps d'analyse a posteriori de chaque entretien et permet d'en assurer la traçabilité.

Une recherche d'éventuels antécédents contre-indiquant le prélèvement est menée (cancers en cours de traitement, tuberculose active, etc.).

Un bilan de « prélevabilité » est conduit. Les examens sanguins requis avant toute activité de prélèvement sont effectués (groupe sanguin, groupage HLA, sérologie, bilan hépatique complet, etc.). Les examens d'imagerie médicale sont réalisés conformément au prérequis (scanner thoraco-abdominal en vue d'un prélèvement multi-organes, etc.). Les résultats sont transmis en temps réel au régulateur du SRA.

La coordination hospitalière informe la direction de l'établissement de la réalisation de tout prélèvement.

La création du dossier du donneur dans Cristal est déclenchée après avis du régulateur de l'Agence de la biomédecine. L'exhaustivité du contenu de chaque dossier est assurée et l'anonymisation des documents accompagnant les prélèvements est respectée. Son utilisation correspond à la réglementation et est conforme aux recommandations de l'Agence de la biomédecine.

L'accueil des équipes extérieures est organisé (logistique, point de rendez-vous, etc.).

Le transfert du donneur au bloc opératoire est réalisé dans des conditions assurant sa sécurité et la transmission des informations (identité du donneur, préparation cutanée).

La traçabilité des différentes étapes opératoires est effective (compte rendu opératoire de prélèvement d'organes et de tissus sur donneur en état de mort encéphalique).

La préservation des greffons et leur conditionnement sont assurés conjointement avec l'équipe de la coordination hospitalière (étiquetage, présence des tubes de sang destinés au contrôle ultime, etc.).

Le respect du corps est garanti tout au long du prélèvement (restauration tégumentaire, propreté du corps défunt, etc.).

Les proches sont accompagnés par l'équipe de la coordination hospitalière à tous les niveaux (psychologique, démarches administratives hospitalières, etc.).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est réalisée à partir de l'ensemble de données suivies par la coordination hospitalière.

La coordination hospitalière dresse chaque année un rapport annuel de son activité, dont les résultats sont présentés en CME (recensement et prélèvements des patients décédés, activité de formation réalisées par la coordination hospitalière, d'information destinée au grand public, participation au réseau régional, etc.).

Un tableau de bord d'indicateurs d'activité et qualitatif est dressé en interne, et est corrélé avec celui produit par l'Agence de la biomédecine (programme national Cristal action).

Le suivi des événements indésirables avec leur analyse est assuré, et une recherche de solution est conduite en équipe.

Le SRA a conduit une évaluation sur la qualité du remplissage du dossier Cristal au niveau du CHBS.

Le médecin coordinateur participe à des RMM transversales au niveau de l'établissement.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats des évaluations.

Ainsi, pour améliorer le repérage des donneurs potentiels une liste de services cibles a été identifiée et une affiche d'alerte a été élaborée et diffusée.

Dans la cadre de l'évaluation de l'Agence de la biomédecine sur la qualité du remplissage du dossier Cristal, des ateliers ont été organisés afin d'en améliorer la qualité.

Les actions identifiées lors des précédentes visites de l'Agence de la biomédecine font l'objet d'un suivi, même si toutes ne sont pas mises en œuvre au jour de la visite (cartographie des risques, etc.).