



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DU
HAUT BUGEY**

1 route de veyziat
Cs20100
01117 OYONNAX
SEPTEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	46
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	
Adresse	1 route de veyziat 01117 OYONNAX
Département / région	AIN / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX
Etablissement de santé	010786259	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY - SLD CH NANTUA	50 rue paul painleve 01130 Nantua
Etablissement de santé	010005239	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX
Etablissement de santé	010789717	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY - SLD OYONNAX	1 rue bellevue 01108 Oyonnax

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	26	/	9
MCO	Gyneco-Obstétrique	21	/	/
MCO	Médecine	76	6	/
SLD	SLD	35	/	/
SSR	SSR	30	/	/

Réorganisation de l'offre de soins

<p>Coopération avec d'autres établissements</p>	<p>Convention de direction commune avec l'EHPAD de COLIGNY avec une convention de prestation informatique pour assurer la maintenance du matériel informatique de l'EHPAD</p> <p>Protocole d'accord avec le Centre Hospitalier de Fleyriat à BOURG EN BRESSE. L'objectif est de renforcer les liens entre les structures avec la mise en place de coopérations pour améliorer l'égalité de prise en charge des patients, la fluidité du parcours de soins entre structures en améliorant la lisibilité de l'offre de soins.</p> <p>Convention de prestation inter-établissements avec le Centre Hospitalier d'HAUTEVILLE pour l'interprétation des images de radiologie réalisées sur le site d'HAUTEVILLE par les équipes de radiologie du Centre Hospitalier du HAUT Bugey</p> <p>Visite délocalisée d'un chirurgien orthopédiste à l'Albarine à HAUTEVILLE</p> <p>Convention de mise à disposition d'un ORL avec le Centre Hospitalier de THONON LES BAINS</p> <p>Convention inter-établissements SSR Pédiatriques avec le CHU de GRENOBLE. Cette convention s'inscrit dans une démarche d'organiser et de fonctionnement des établissements et/ou des structures autorisés aux activités de SSR pédiatriques de la région Rhône-Alpes d'organiser pour leurs patients, en séjour au sein d'une structure de SSR, la possibilité, pour les cas où l'état de santé des patients le nécessiterait, leur prise en charge dans les structures dispensant des soins de courte durée, dans les structures dispensant des soins en HAD et dans les structures de SSR accueillant les catégories de patients ou affections dont il ne dispose pas lui-même</p> <p>Convention de télémedecine pour la prise en charge des AVC avec le Centre Hospitalier de Fleyriat à BOURG EN BRESSE. Elle a pour objet de définir le rôle et l'organisation des différentes parties lors de l'activité de prise en charge des patients présentant un AVC, 24h/24 et 7j/7 en utilisant les moyens de la télémedecine pour assurer une expertise en neurologie et en imagerie sur plusieurs sites.</p> <p>Convention constitutive de la Communauté Hospitalière de Territoire Bresse-Haut Bugey</p>
<p>Regroupement / Fusion</p>	<p>/</p>
<p>Arrêt et fermeture d'activité</p>	<p>/</p>
<p>Création d'activités nouvelles ou reconversions</p>	<p>/</p>

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 qualité et des risques

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Parcours du patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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 endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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	Femme/Bébé	Maternité	Accouchement par voie basse (si possible HPP)	Programmé	Simple	MCO
2	Personne âgée	Neuro	AVC	Urgence	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie HC	Chirurgies majeures orthopédiques	Programmé	Simple	MCO
4	Enfant/Adolescent	Chirurgie ambulatoire	Appendicectomie	Urgence	Simple	MCO
5	Personne âgée	SLD - Nantua	Polypathologie	Programmé	Réhosp. après passage en médecine	SLD

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Adulte	Gastro-entéro	Cancer ou maladies diverses du tube dige	Programmé	gériatrique Endoscopies digestives	MCO
7	Adulte	SSR	Convalescence post-chir	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

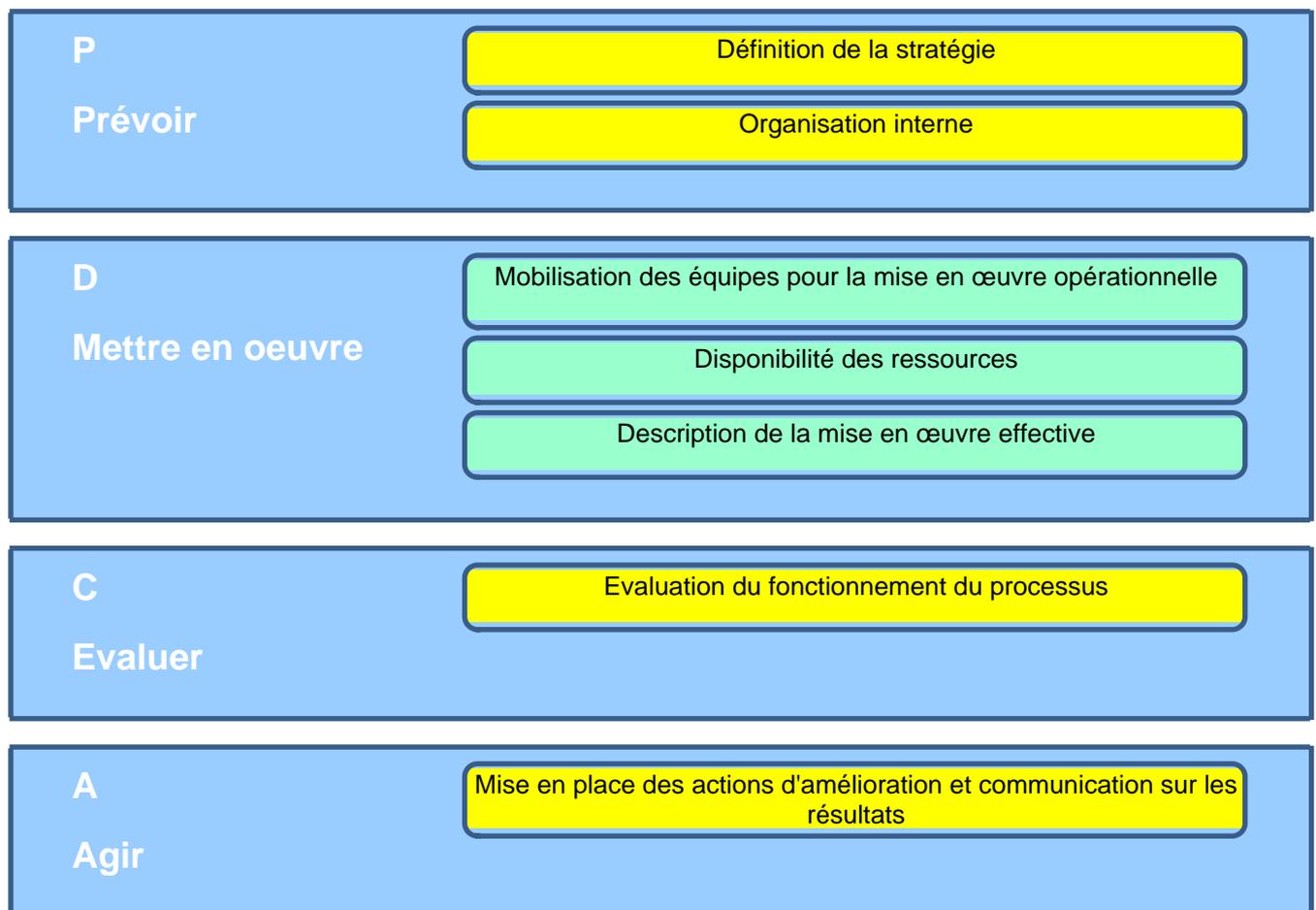
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La nouvelle politique qualité 2017-2022 a été validée par le comité de pilotage du CHHB le 23 janvier 2017. La politique qualité prend en compte les EPP. Une cartographie des risques a été réalisée pour certains secteurs : bloc opératoire, imagerie, identitovigilance, salles de naissance, endoscopie. La cartographie des risques a été réalisée majoritairement par le personnel soignant, le corps médical n'est pas toujours intervenu dans sa réalisation. Une échelle de qualification des risques a été utilisée. Le document unique sur les risques professionnels a été validé en 2013. Toutefois, l'analyse des risques est partielle. En effet, des risques professionnels ont été identifiés lors des audits de processus, ces risques ne sont pas pris en compte dans le document unique : service d'endoscopie et radioprotection au bloc opératoire. Le PAQSS est en place, les actions sont priorisées en lien avec le compte qualité. Le compte qualité a été présenté et validé par les instances (Conseil de surveillance, Directoire, CTE, CDU). Toutefois, il n'existe pas de PAQSS unique. En effet, il existe plusieurs plans d'action au sein de l'établissement : plan d'actions relatif au médicament, plan d'actions du CLIN, plan d'actions CREX, plan d'action du CHSCT, plan d'action associé au document unique. Les actions prévues dans ces différents plans ne sont pas centralisées dans un plan d'action unique. La fiche de suivi de la certification V2010 relative au PAQSS mentionne que les plans d'action du CLIN, des vigilances, de la restauration, de la radioprotection, sécurité incendie... doivent être intégrés au PAQSS. Par ailleurs, le PAQSS n'a pas été soumis aux instances ni validé par celles-ci.

ORGANISATION INTERNE

Un pilotage stratégique de la qualité est mis en place. Un organigramme précise le pilotage de la qualité avec la CME comme instance supérieure à laquelle sont reliées les différentes instances en charge de la qualité : COPIL, Commission FEI, Commission Patient Traceur, Commission CREX, CLIN, CDU, Commission RMM, CHSCT... ainsi que les différents plans d'action : PAQSS et plans des instances précitées. Une commission EPP, installée depuis 2012, inscrit les EPP à mettre en oeuvre, à mutualiser et à développer. Un service qualité est en place et animé par la responsable qualité. Cependant, la fonction de coordination de la gestion des risques associée aux soins n'est pas définie. La coordination des risques a fait l'objet d'une identification en 2012 par désignation par la direction d'un médecin responsable de la gestion des risques, mais elle n'a pas été suivie d'une définition précise des fonctions concernées. Les vigilants sont désignés (hémovigilance, matériovigilance, identitovigilance...). Cependant, la coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement n'est pas complètement organisée. En effet, la coordination des vigilances n'est pas mise en place. La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le risque transfusionnel est maîtrisé. Un dispositif de gestion documentaire n'est pas complètement en place. En effet, la gestion documentaire est en cours de déploiement. Une gestion documentaire informatisée est en cours de déploiement. La procédure de gestion de la documentation informatisée est au stade de document de travail et n'est donc pas opérationnelle. Le traitement des EI est organisée. Le plan blanc et la gestion de crise sont en place. Un accompagnement de l'établissement a été réalisé sous forme d'audit par une personne extérieure au CHHB. L'établissement n'a pas identifié d'indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités. En effet, il n'y a pas de démarche EPP intégrant les indicateurs de pratique clinique

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'information du personnel est réalisée lors des réunions des instances CME, CSIRMT, CHSCT. Des réunions des cadres des services sont réalisées tous les mois. Les cadres des services informent régulièrement les personnels de l'avancement des démarches qualité. La responsable qualité a assuré un soutien méthodologique des pilotes des thématiques de la certification. Un bulletin qualité est diffusé régulièrement et nominativement au personnel. Un Quiz "EI associés aux soins" a été utilisé auprès des personnels dans le cadre de la campagne régionale Semaine de la déclaration Semaine de sécurité des patients 2016. Une "chambre des erreurs" a été créée à laquelle 73 personnes ont participé. Une incitation à la déclaration des EI a été actée par tous les chefs de pôles avec obligation de déclarer une EI par mois par service. Les agents ont été sensibilisés à la démarche de déclaration, une charte de non punition en cas de déclaration a été établie, un quizz sur les FEI a été réalisé en octobre 2016.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels disposent des outils informatiques leur permettant d'accéder à la base documentaire. Ils disposent aussi de documents écrits figurant dans les classeurs de procédures. Le système de mise à jour

des documents n'est pas opérationnel. En effet, l'harmonisation de la présentation des documents n'est pas réalisée et certains documents sont anciens. Par exemple, il existe 3 versions différentes de la fiche de traçabilité de la recherche des patients atteints ou suspects de MCJ, pour le protocole de contrôle ultime au lit du malade (hémovigilance) le protocole écrit date de 2000 et le protocole figurant dans la base informatisée date de 2015. Les pilotes et membres des groupes des thématiques ont disposé du temps et des moyens nécessaires pour accomplir leur mission. Des formations en interne ont eu lieu sur les nouvelles modalités de la certification et sur le patient traceur, ainsi que sur le compte qualité. Un patient traceur par mois a été programmé entre le 1er septembre et la visite de certification. Le personnel a été formé à l'utilisation de la gestion documentaire et à la déclaration informatisée des EI. Des formations aux gestes d'urgence sont réalisées (2 formateurs internes existent) ainsi qu'en ce qui concerne l'hémovigilance et l'identitovigilance. L'établissement a mis en place une formation action concernant les risques psychosociaux au CHHB.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les agents utilisent le dispositif de déclaration. Les EI sont analysées toutes les semaines en comité d'analyse des FEI (MCO) ou tous les trimestres (USLD.). Les EI déclarées par les agents font l'objet d'un suivi et d'une réponse de façon informatisée. Des CREX sont organisées sur les EI importants et portent principalement sur les médicaments. Un comité EPP s'assure de l'avancement des EPP et le tableau des EPP est affiché dans les services. Une commission RMM est en place et se réunit régulièrement. Des questionnaires de sortie sont en place et utilisés. En 2016 suite à un action de sensibilisation des personnels et des patients, le nombre de retours de questionnaires a fortement augmenté : 1486 retours alors que le retour était de 344 en 2015 et de 803 en 2014. En ce qui concerne les plaintes et réclamations, elles sont recensées et suivies dans le cadre de la CDU laquelle peut faire des propositions d'amélioration (exemple sur les délais d'attente aux urgences). La direction donne une réponse écrite aux plaintes et réclamations en lien avec les services mis en cause. Des médiations sont réalisées lorsque cela s'impose (6 réalisées en 2015 selon le bilan de la CDU). Les actions du PAQSS sont mises en œuvre et suivies dans le cadre du comité de pilotage qualité. La veille réglementaire est réalisée par la responsable qualité et le Directeur délégué. En ce qui concerne les exercices de gestion de crise, l'établissement a prévu dans son PAQSS et son CQ l'organisation d'un exercice plan blanc au cours du deuxième semestre 2017. Des exercices concernant le risque incendie sont réalisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, l'établissement n'a pas mis en œuvre de dispositif d'évaluation qui lui permettent de s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés dans sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité. L'établissement a prévu dans son PAQSS la mise en place d'indicateurs qualité dans les pôles. L'impact des EPP n'est pas évalué. Le PAQSS et les plans d'action sont mis à jour (actions faites, nouvelles actions, report d'action), mais l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. Le bilan annuel des FEI est réalisé : bilan quantitatif et qualitatif. Le taux d'actions réalisées suite aux FEI est suivi par l'établissement.

A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue. En effet, le défaut de structuration du dispositif d'évaluation ne permet pas toujours d'identifier des actions en lien avec les problématiques réelles de l'établissement, les actions d'amélioration sont davantage identifiées de manière réactive et empirique. Par ailleurs, les actions identifiées par certaines instances ou dans certains services (audit de pratique, EPP, etc.) ne sont pas toujours remontées au niveau institutionnel dans un document unique et empêche donc l'établissement d'avoir une vision globale sur sa démarche d'amélioration. La communication autour des IPAQSS est assurée auprès des équipes, en réunion des personnels d'encadrement, en instances, etc.

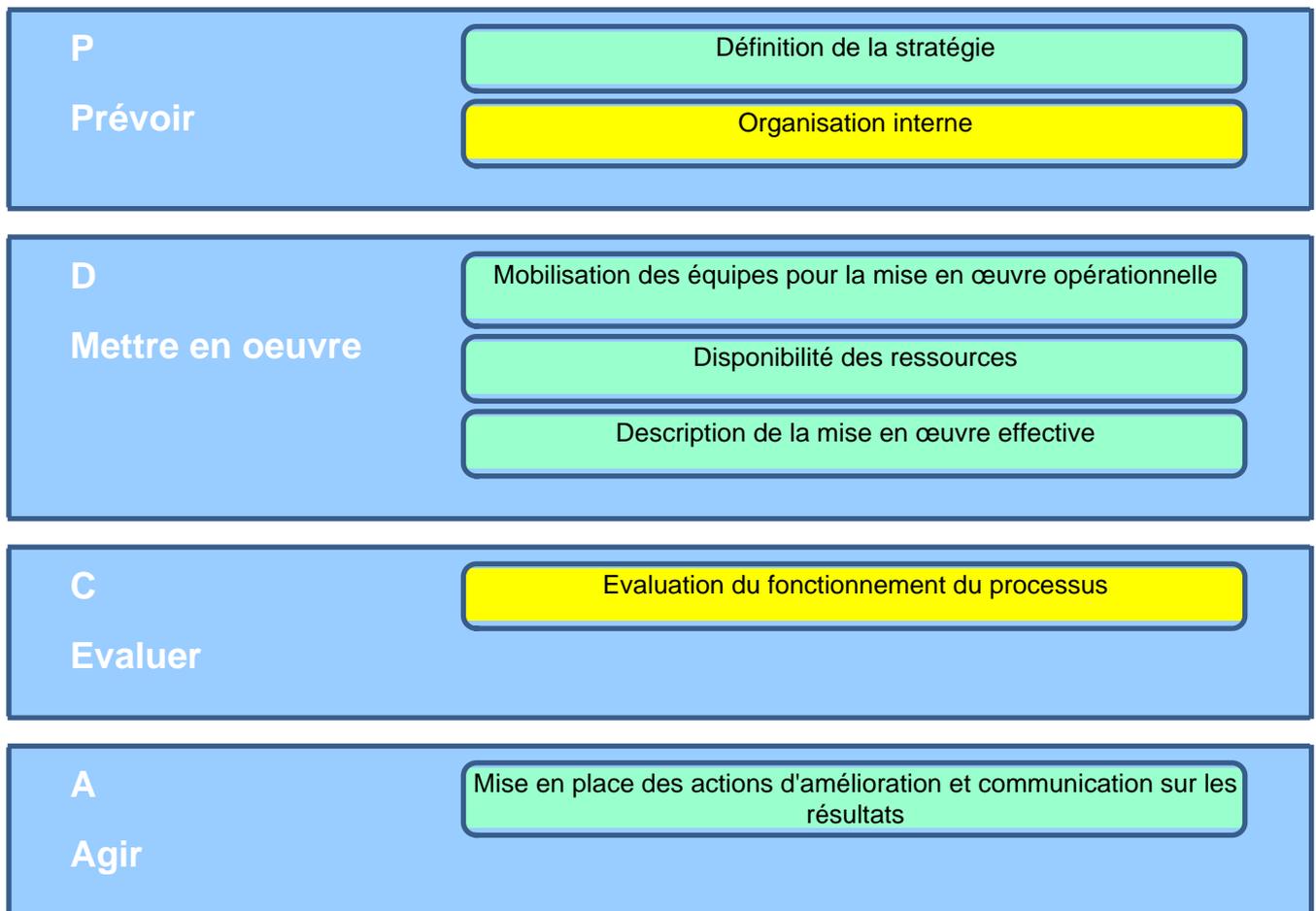
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

La politique de gestion du risque infectieux, pour ce qui est du bon usage des antibiotiques, fait partie de la politique qualité globale de l'établissement, dans les projets du CLIN et dans le plan d'actions de la PUI. Les objectifs constituant la politique de gestion du risque infectieux sont cohérents dans les documents cités. Les pilotes du thème "risque infectieux" prennent en compte différents critères pour construire leur stratégie : indicateurs nationaux de la lutte contre les infections nosocomiales, les plans nationaux antibiotiques, les résultats des audits et des EPP menés dans l'établissement dont le bionettoyage. La stratégie mise en place a été validée par le CLIN et la CME. Les risques ont été définis en groupe multidisciplinaire, ils ont été priorisés en tenant compte de la gravité de l'occurrence et du niveau de maîtrise. Ils sont inclus dans le PAQSS institutionnel et dans le compte qualité. Le bilan du CLIN 2015 présenté aux instances intègre les projets 2016 qui tiennent compte des risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes en charge de la maîtrise du risque infectieux sont le président du CLIN qui dispose d'une quotité de temps en tant que praticien hygiéniste (0.2ETP), l'infirmière hygiéniste, le responsable de l'équipe de bionettoyage. Ces pilotes disposent de fiches de mission. Des référents en hygiène sont nommés sur l'ensemble des services de l'établissement. Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement ne sont pas totalement définis pour maîtriser le risque infectieux. Toutefois, l'établissement n'a pas défini les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans sa stratégie (politique qualité, projets du CLIN, plan d'actions de la PUI):

- les évaluations prévues ne concernent pas la totalité du champ de la maîtrise du risque infectieux dont le bon usage des antibiotiques,
- il n'y a pas de formation institutionnelle concernant le bon usage des antibiotiques,
- l'établissement n'a pas formalisé le plan "local" en cas de phénomène épidémique concernant les bactéries hautement résistantes émergentes.

Il existe une convention avec l'établissement pivot du GHT permettant aux prescripteurs d'obtenir des avis concernant l'antibiothérapie. Le coordonnateur de la gestion des risques, responsable du management de la prise en charge médicamenteuse fait parti du CLIN. Une organisation interne concernant le bionettoyage est en place. Le bionettoyage des secteurs à risque dépend de ces services. L'organisation concernant les contrôles d'environnement est internalisée pour les prélèvements de surfaces et externalisée pour les prélèvements eau et air. Le circuit des déchets, du linge et les matériels nécessaires sont en place et répondent aux réglementations et aux bonnes pratiques d'hygiène.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel de la gestion du risque infectieux repose sur les deux pilotes aidés par les responsables des antibiotiques et sur les équipes en charge du bionettoyage. Dans chaque secteur d'activité les cadres et les référents en hygiène par leur communication permettent le déploiement opérationnel du programme. Les audits sur des secteurs ou des indicateurs (consommation de SHA par exemple) participent à cette mobilisation. La participation de professionnels de terrain à la rédaction de protocoles, à l'identification des risques, à des audits favorise leur mobilisation. Des EPP (entretien des locaux, qualité des antibiophylaxies, précautions standard, traitement des endoscopes, préparation cutanée préopératoire) sont effectués. Un affichage des EPP ou des indicateurs nationaux est réalisé dans les secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels en charge de la maîtrise du risque infectieux sont formés, les référents en hygiène suivent aussi des formations et participent à des informations. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une journée annuelle d'intégration ou leur sont rappelées les bonnes pratiques d'hygiène. La participation à la journée hygiène des mains permet aux médecins des rappels concernant ce thème. Les personnels ont des formations périodiques et sont évalués au travers de prélèvements de surface ou d'audits. Les protocoles sont mis à disposition dans tous les secteurs soit par un classeur papier soit depuis quelques mois et pour une grande partie de ces protocoles sur l'outil informatique. Toutefois, les protocoles concernant le risque infectieux ne sont pas tous actualisés ou créés. Des protocoles ne sont pas à jour ou co-existent en plusieurs versions : identification du risque MCJ, protocoles d'antibiophylaxie chirurgicale. Les résultats microbiologiques cliniques sont interfacés avec le logiciel de prescription. Pour le bionettoyage les matériels sont disponibles et entretenus. Les outils de traçabilité sont en place. Des outils d'aide à la prescription antibiotique en dehors du SIH, sont en place dans certains secteurs à partir des référentiels

de l'établissement pivot du GHT. Un avis 24h/24 est possible auprès de cette équipe depuis 2008.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les locaux sont propres visuellement. Les professionnels connaissent les procédures de bionettoyage dont celles concernant les chambres des patients porteurs de BMR ou de clostridium difficile. La traçabilité est effective. Les avis antibiotiques sont utilisés en particulier lors de RCP avec l'établissement de Bourg en Bresse, mais aussi par appel téléphonique ponctuel. La traçabilité de ces interventions est faite dans les dossiers patient. Le pharmacien peut analyser la réévaluation des antibiothérapies lors des analyses pharmaceutiques au cas par cas. La dispensation contrôlée de molécules antibiotiques est en place (4 molécules). Des surveillances épidémiologiques sont en place et concernent les bactéries multirésistantes, les infections du site opératoire dans le cadre de réseaux nationaux. Ces surveillances concernent aussi l'environnement (air eau surfaces). Les différents types de précautions sont en place, l'information des porteurs de BMR est réalisée (document explicatif, signalisation spécifique). Des alertes sont émises par le laboratoire auprès de l'infirmière hygiéniste. Les protocoles concernant l'hygiène des mains, les différentes précautions ou l'isolement protecteur sont connus des professionnels rencontrés.

Le signalement externe est réalisé par le PH en hygiène. Les fiches de déclaration d'événements indésirables sont utilisées pour le signalement interne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits concernant la maîtrise du risque infectieux sont réalisés. Les indicateurs suivis sont ceux du bilan LIN et ceux plus spécifiques des consommations de SHA par service. L'établissement évalue par des audits et des prélèvements de surface la qualité du bionettoyage. Ces évaluations sont périodiques souvent annuelles. Toutefois, le dispositif de maîtrise d'évaluation du risque infectieux n'est pas exhaustif. En effet, l'établissement ne suit pas ses consommations d'antibiotique, il n'y a pas d'audit concernant la réévaluation des antibiotiques à 24-72h, pas de surveillance des taux de vaccinations (grippe, coqueluche...), notamment du fait de l'absence de médecin de santé du travail.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place comme par exemple la réfection du réseau d'eau pour éliminer une contamination récurrente à légionelles, l'identification des points critiques de prélèvements d'eau, la rédaction d'un protocole concernant le risque de transmission de la tuberculose à partir d'un patient bacillifère, la réécriture d'un protocole de recherche du risque ATNC en ORL... Ces actions sont communiquées en CLIN, CME et conseil de surveillance ou siègent les représentants des usagers. Les réunions de cadres et les réunions de service participent à la diffusion des résultats. L'établissement a mesuré l'impact des modifications du réseau d'eau.

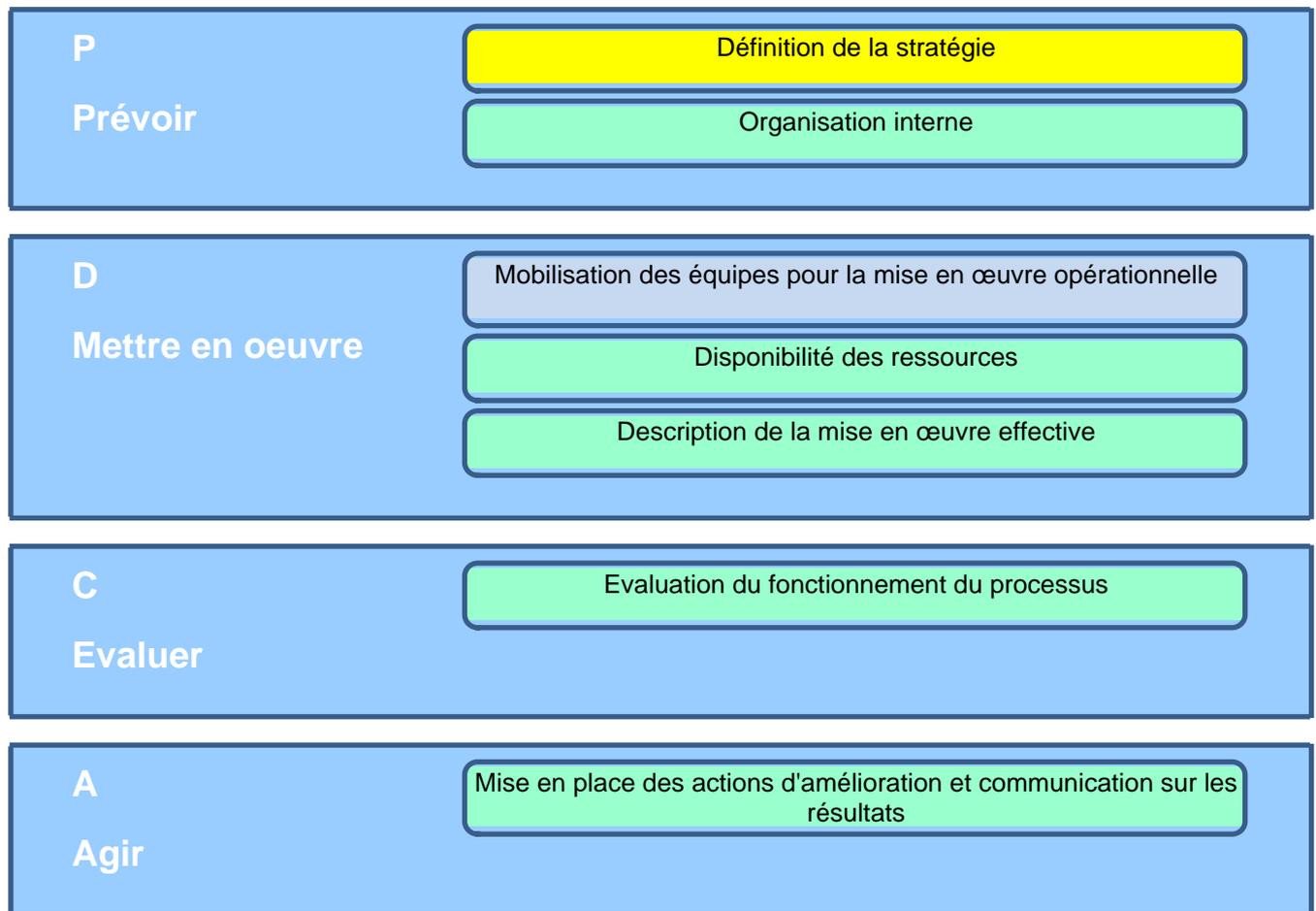
DROITS DES PATIENTS

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
Il n'existe pas de stratégie et d'objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques. L'établissement n'a pas élaboré de politique relative aux droits des patients. Il a mentionné cette élaboration comme une action à réaliser dans son PAQSS libellée ainsi : préciser la politique sur les droits et les devoirs des patients dans le projet médical du projet d'établissement. Ce défaut de politique relative aux droits des patients faisait l'objet d'une recommandation dans le rapport de certification précédent. Des risques ont été identifiés et hiérarchisés dans le compte qualité. Les actions du compte qualité sont reprises dans le PAQSS.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage de la thématique a été réalisé par des pilotes nommés et disposant de fiches de fonctions. Le responsable qualité a assuré l'assistance méthodologique des pilotes. Un groupe de travail de 12 personnes s'est réuni 8 fois sur la thématique. Un représentant des usagers a été associé aux réunions du groupe de travail de la thématique. Le personnel est formé et sensibilisé régulièrement sur le thème de la bientraitance. Le plan de formation annuel comprend une formation sur la bientraitance et les droits des patients. L'établissement s'est engagé dans le projet MOSTRA en médecine et en court séjour gériatrique avec extension aux services de chirurgie et SSR (le projet concerne l'efficacité et les conditions d'efficacité des outils de déploiement de la bientraitance en établissement et s'inscrit dans le programme de recherche pour l'évaluation de la performance en santé PREPS). Les modalités de signalement de la maltraitance sont définies. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les cadres de santé mobilisent les professionnels de terrain sur le respect des droits des patients et le management est rapproché compte tenu de la petite taille des services. Les professionnels ont été associés au groupe de travail sur la thématique droits des patients (un médecin, ide, sage-femme, aide soignante, puéricultrice, assistante sociale) en plus de l'encadrement. Des évaluations sont réalisées dans les services permettant de mesurer le respect des droits des patients : en USLD contention, personne de confiance, sont suivies régulièrement. Le personnel dispose des documents utiles dans la base documentaire informatisée et peut réaliser des déclarations d'EI informatisées relatives aux manquements concernant les droits des patients. Une EPP est réalisée en continue sur la maîtrise du risque de contention chez la personne âgée. Outre la formation, les personnels sont impliqués dans des démarches d'analyse de pratiques bientraitantes en utilisant l'outil. Ces démarches intègrent un état des lieux des pratiques, une réflexion et l'utilisation d'outils adaptables, une évaluation et un déploiement de la démarche.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Le personnel a suivi des formations sur la bientraitance en 2015 et en 2016. Les locaux du site central de l'hôpital sont récents (2007) et respectent les conditions d'accessibilité des PMR. La signalétique est adaptée. Sur les sites périphériques, où se trouvent les activités USLD, l'accessibilité PMR et la signalétique sont aussi adaptées. Dans le cas de chambres à 2 lits, le service dispose d'un paravent en cas de besoin. Un livret d'accueil du patient est élaboré et distribué. Des documents d'information du patient sont disponibles concernant certains examens et interventions chirurgicales. Un livret d'accueil des nouveaux personnels arrivants est élaboré et distribué. Un site internet de l'établissement permet aux usagers d'obtenir les renseignements nécessaires sur le fonctionnement du CHBB et permet de télécharger des documents utiles (livret d'accueil notamment). Les procédures de signalement des cas de maltraitance à l'encontre des patients sont en place : suspicion de maltraitance par un agent et suspicion de maltraitance par un tiers.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
L'accueil des patients est personnalisé. L'entourage est pris en compte : possibilité d'hébergement dans certains services : maternité, usld... et le soutien de psychologues de l'établissement est proposé en cas de besoin (soins palliatifs, décès,...). Le patient, ou son entourage le cas échéant, participe à sa prise en charge. Les thèmes relatifs à l'intimité, la dignité, la prévention de la maltraitance et la bientraitance, le respect de la confidentialité, le consentement, le refus de soins, l'annonce du dommage lié aux soins, sont connus et respectés par les professionnels. Dans le cas de chambres à 2 lits les personnels utilisent le cas échéant le paravent disponible ou utilisent des bonnes pratiques de prise en charge pour le respect

de l'intimité et de la dignité du patient. La charte de la personne hospitalisée figure in extenso dans le livret d'accueil. Le livret d'accueil comprend des dispositions relatives au droit d'accès au dossier médical, aux directives anticipées, aux dons d'organes, à la désignation de la personne de confiance, au soulagement de la douleur. La CDU est opérationnelle et se réunit régulièrement : 4 en 2016. Elle a communication des résultats des enquêtes de satisfaction et des plaintes et réclamations, elle peut faire des propositions d'amélioration de la PEC des patients. Les coordonnées des membres de la CDU sont accessibles par le livret d'accueil et l'affichage de la composition de la CDU dans l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a participé à la campagne interrégionale FORAP 2016 concernant le respect des libertés individuelles des usagers Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médicosociaux (elle vise à connaître les conditions dans lesquelles les droits des patients sont respectés en matière de contention ou d'isolement). Les services de médecine, court séjour gériatrique, SSR et les USLD ont participé à l'enquête. Des analyses des pratiques professionnelles sur la bientraitance sont menées lors de réunions inter-services. Les EI relatives à la maltraitance sont présentés en commission des FEI.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont en place : refonte du questionnaire de sortie, création de zones de confidentialité devant les secrétariats, amélioration de l'information donnée au patient, rappel par les cadres au personnel du respect des règles de confidentialité, réunion sur l'évolution de la réglementation en matière de droits des patients (par exemple réunion du 16 décembre 2016 concernant la personne de confiance et les directives anticipées). Les actions d'amélioration sont communiquées au personnel (suivi des plans d'améliorations, communication par le cadre) et au représentants des usagers (réunions de la CDU).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

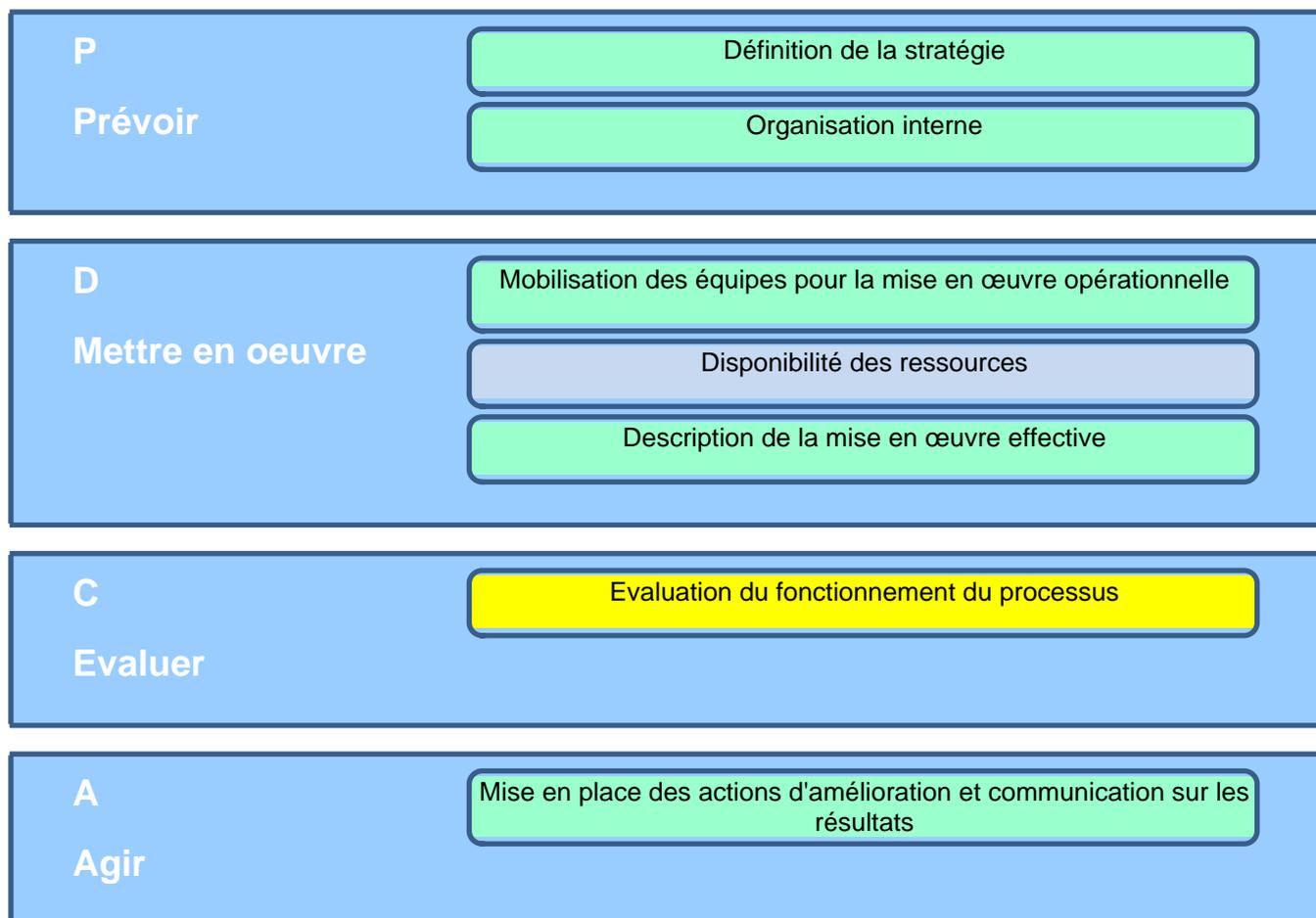
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical 2014-2018 et la convention cadre du GHT Bresse Haut Bugey abordent la politique du Parcours Patient avec pour objectifs principal : la coordination de la prise en charge par filière au sein du territoire et le développement des consultations avancées. Les instances ont validé ces orientations répondant aux besoins de la population. La cartographie des risques du Parcours patient a été élaborée par un groupe piloté par une cadre supérieure de santé. Le groupe composé du président de la CME, de la Direction, de la Directrice des soins, ont recensé 7 risques. Ils sont hiérarchisés et priorisés. Les professionnels y ont été associés lors du travail préparatoire basé sur l'auto-évaluation du Manuel de Certification. Un apport méthodologique a été apporté par le service qualité. Ce compte qualité a été validé par les instances. L'identification des risques a conduit à l'élaboration d'un plan d'actions formalisées et priorisées inscrites dans le compte qualité et articulés avec le PAQSS 2016-2018.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Ce pilotage repose sur le Directoire restreint, sur les chefs de pôle, les cadres supérieurs de santé et cadres de santé, et le médecin, gestionnaire des risques associés aux soins. Les responsabilités sont identifiées hormis pour ce dernier. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines : désignation du coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins, adéquation des compétences avec recours à des contrats intérimaires médecins, dispositif d'intégration des nouveaux médecins et autres personnels, définition du plan de formation 2017 intégrant des axes tels que l'AFGSU, chariot d'urgence, sensibilisation à la dépression et au risque suicidaire chez la personne âgée, mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs, formateurs AFGSU internes. Les ressources matérielles sont identifiées. La maintenance préventive et curative est organisée avec le service biomédical. La commission des travaux et investissement est opérationnelle. Les ressources documentaires sont mises à disposition. Le dossier patient informatisé dans tous les services hormis au bloc opératoire, en HDJ et en USLD. Des protocoles et procédures informatisées, documents de traçabilité, et autres conduites à tenir, par exemple en ORL. La prise en charge des démunis est organisé dans le cadre de la PASS. Toutefois, les projets de prise en charge des patients appartenant à une population spécifique ne sont pas tous définis. En effet, les professionnels ont identifié ce risque ciblé sur les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées dans le compte qualité, la réalisation est prévue pour juin 2017. Les projets de prise en charge de maladies chroniques accueillies au CH comme le diabète ne sont pas définis. Une infirmière est titulaire du DU ETP. L'établissement a recensé l'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein de son territoire au cours de la visite de certification. Toutefois, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) n'est pas structurée et coordonnée avec les acteurs. Il n'y a pas de moyens définis pour le développement de l'ETP (temps, documents, dispositifs pédagogiques etc). La gestion de toutes les interfaces est organisée : entre les pilotes de processus (Parcours patient et service d'urgence par exemple) et les professionnels de terrain au sein de chaque pôle, entre les différents services, avec les pôles medicotechnique et hébergement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plan d'actions opérationnels propres aux services sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les membres du groupe opérationnel s'appuient sur la CME, la CSIRMT, les réunions de cadres, les réunions de service pour diffuser les informations aux professionnels. Le compte qualité a été présenté en CME et aux équipes par les cadres de santé. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des CREX et RMM sont en place. Des déclarations de FEI sont utilisées par les professionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles dans les services. En USLD, la nomination de référents par patient est effective. Les formations prévues sont réalisées, notamment AFGSU, allaitement, les troubles psychiatriques chez la personne âgée. Une infirmière est titulaire d'un DU à l'éducation thérapeutique. La formation des nouveaux arrivants est mise en œuvre. L'EMSP composée de médecin, infirmier et psychologue intervient dans les prises en charge. Les ressources documentaires sont mises à disposition : livret d'accueil du patient, livret d'accueil du nouveau personnel, protocoles dans la gestion documentaire informatisée connus par les professionnels, fiches d'information anesthésie et acte chirurgical, consignes d'admission. Les ressources matérielles sont définies au regard des projets, elles

sont en adéquation avec les besoins : système de sécurité en USLD (porte sécurisée et puces pour les patients déambulants), chariots d'urgence, postes informatiques en nombre adapté aux besoins dans les services concernés, planches de transfert dans tous les services. La maintenance préventive et curative du matériel et équipements est assurée par le service biomédical. Les locaux sont adaptés au type de prise en charge et aux populations accueillies. La plupart des chambres sont à in lit. En cas de besoin, un programme de travaux est engagé pour rénover et optimiser la réponse aux besoins : réfection des 3 offices alimentaires, en SSR salle d'animation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes est mis en œuvre dans l'ensemble des services du CH soit en accueil programmé, soit au service des urgences soit en maternité. Le livret d'accueil est distribué aux patients à leur admission par le personnel de soins. Un système de gardes et d'astreintes est en place afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 tant sur le CH que sur les services d'USLD à Nantua et à Oyonnax, service dans laquelle la présence d'une infirmière la nuit est effective. Le matériel d'urgence vitale est disponible dans tous les services. Un numéro d'appel unique est connu des professionnels du CH. Il renvoie au service des urgences. Pour les sites d'USLD d'Oyonnax et de Nantua, les professionnels connaissent le circuit d'appel vers le centre 15. Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences et la manipulation de DSA. La vérification de la conformité des chariots d'urgence est effective dans tous les services. Le CLAN est actif pour assurer la prise en charge des troubles de l'état nutritionnel, notamment la dénutrition. Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est mis en place. La sortie des patients est organisée dès le début de l'hospitalisation. En chirurgie orthopédique, dès la consultation, la demande vers un secteur SSR est effectuée via Trajectoire. L'assistante sociale participe aux relèves lors de situations complexes. Le CH dispose à Oyonnax d'un Ehpad et à Nantua d'un Ehpad et d'un SSIAD. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge. En court séjour gériatrique, de septembre à décembre 2016, le médecin, la cadre de santé, l'assistante sociale et la famille se réunissent. Des interventions ponctuelles sont réalisées par l'infirmière formée à l'ETP (RCH), par la diététicienne (Diabétique), par le service de Court Séjour Gériatrique (Document en test : Conseils pour AVK). Le projet thérapeutique fait l'objet d'un compte rendu dans le dossier patient sans traçabilité du consentement du patient. En USLD, le projet de vie est personnalisé, concerté avec la famille intégrant la réflexion bénéfice-risque, réévalué est tracé. Cependant, le projet de soins personnalisé n'est pas élaboré avec les professionnels concernés. En effet, un document de travail « Procédure Relève médicosociale » décrit la tenue de réunion pluridisciplinaire pour les patients des services de médecine, de court séjour gériatrique et de SSR mais ces réunions ne sont pas en place dans tous les services. Les réunions ne sont plus en place depuis début 2017 en court séjour gériatrique. En SSR, les réunions sont effectives avec réévaluation du projet thérapeutique tracé dans le dossier médical sans présence des kinésithérapeutes. La traçabilité des actions et activités réalisées est généralement assurée dans le dossier informatisé par les acteurs ce que confirment la visite terrain et les audits patient traceur. Les interfaces entre l'ensemble des secteurs sont opérationnelles : entre secteurs cliniques, entre secteurs cliniques et consultations spécialisées, secteurs administratifs (bureau des admissions, service qualité-gestion des risques etc.), logistiques et support (brancardage, pharmacie, biologie, imagerie, cuisine, etc.).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation. En effet, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif d'évaluation qui lui permettrait de s'assurer que les objectifs fixés dans la stratégie sont effectivement atteints. Il n'est pas prévu d'évaluation périodique organisé par les pilotes du Parcours patient, notamment sur le dispositif d'accueil, la continuité et la coordination de la PEC des urgences vitales, la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique, comme les personnes âgées, les conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique, la sortie du patient, les activités de rééducation. Les indicateurs ne sont pas déterminés. L'établissement participe au recueil des IQSS lors des campagnes obligatoires et hors protocole. D'autres indicateurs sont suivis : IMC en USLD, IMC et interventions de la diététicienne dans le cadre de la dénutrition sur les services du CH. Les questionnaires de satisfaction sont analysés. La gestion des FEI, des plaintes et réclamations (3 en 2016) est suivie. Les résultats faibles des IPQSS ont permis d'identifier des actions d'amélioration : informations des médecins et des cadres de santé sur la tenue attendue du dossier patient.

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

institutionnelles. Des supports et modalités de diffusion sont établis : Comptes rendus de CME, de réunions de CSIRMT, de document spécifique sur le compte qualité. La communication des résultats des IPAQSS a été effectuée vers chaque professionnel et par voie d'affichage pour le public dans les halls et salles d'attente.

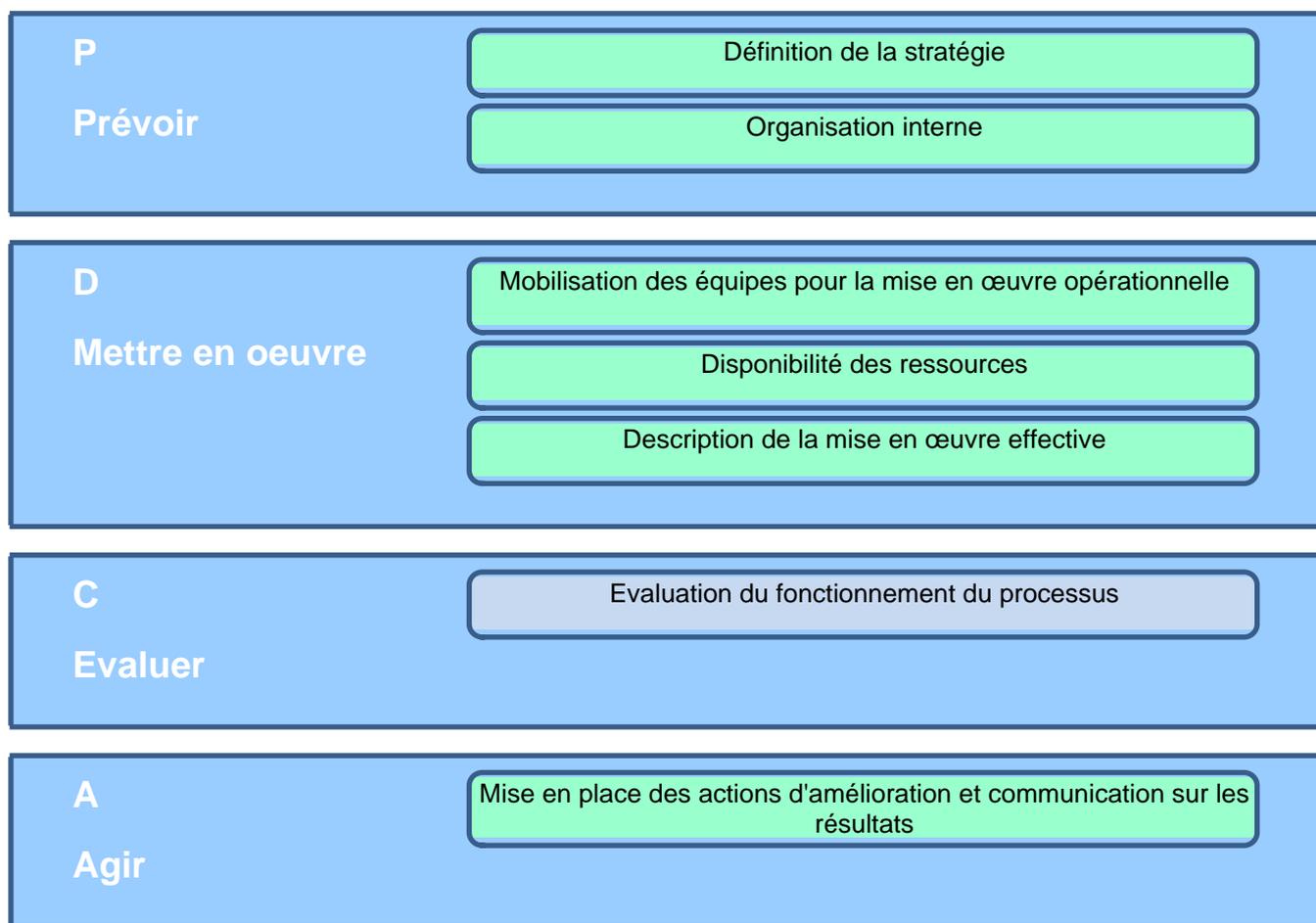
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre hospitalier du Haut-Bugey (CHHB) dispose d'une politique du dossier patient initiée dans le PE 2006-2010 et mise en place à partir de 2011 avec le déploiement progressif du projet DPI dans le cadre du PE 2012-2016. Cette politique définit la volonté des responsables de l'établissement. Cette politique prend en compte l'analyse des risques qui a été réalisée sur la base des constats issus de la certification V2014, enrichie par les résultats des indicateurs IPAQSS, les attendus réglementaires et du programme Hôpital Numérique ainsi que des événements indésirables relatifs au dossier patient. La démarche conduite par un groupe de travail pluridisciplinaire a permis d'identifier, via une analyse, 5 risques qui ont été priorisés selon une échelle de gravité et de fréquence, avec prise en compte des moyens de maîtrise. Ce travail a conduit à l'identification de 4 risques majeurs qui ont été reportés et priorisés dans le compte qualité. Les actions d'amélioration issues de cette identification des risques figurent dans le CQ et intègrent le PAQSS institutionnel. Elles reprennent les objectifs à atteindre, les responsables d'actions sont identifiés. Les échéances des actions sont fixées. Le PAQSS et le compte qualité ont fait l'objet d'une présentation en CME et en COPIL qualité-gestion des risques au cours de l'année 2015.

ORGANISATION INTERNE

Le CHHB a établi une organisation pour piloter le processus. Un pilote de processus a été désigné, CSS de santé du pôle Médecine Chirurgie et SSR. Il s'appuie sur un groupe de travail constitué des 3 référents Dossier Patient du médecin DIM et d'un agent des admissions. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des lettres de missions. De plus, des référents « dossier patient informatisé » sont identifiés dans les services. Les besoins en formation prenant en compte les différents métiers sont identifiés, pour les nouveaux arrivants notamment. L'établissement dispose d'un guide d'utilisation du dossier papier qui précise la structure et le contenu du dossier « papier », les modalités de création, de classement et d'archivage, de circulation, de localisation et les modalités de tenue de ce dossier. Un guide d'utilisation du dossier patient informatisé et de ses différents modules est également disponible dans la documentation dématérialisée de l'établissement. Cette documentation précise également les modalités d'accès du patient à son dossier ainsi que son information quant aux droits d'accès. La prise de connaissance de toutes ces règles est prévue dans le cadre du parcours d'intégration des professionnels tant médicaux que paramédicaux. Une très grande partie des éléments du dossier est numérisée : courriers, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, certains comptes rendus de spécialités et les comptes rendus d'examen complémentaires (laboratoire, imagerie, ...). Le service des consultations externes ne bénéficiant pas du DPI, certains documents tels que CR de consultations et documents de liaison restent au format papier. L'établissement a entamé la numérisation de certains documents papier mais pour le moment, dans le cadre de l'organisation prévue, l'ensemble des éléments d'information et les documents papier sont regroupés dans le DPU. L'organisation de l'accès au dossier informatisé est gérée par les 3 référents-formateurs qui attribuent les droits d'accès nominatifs, au nouvel arrivant, par délégation de la direction du système d'information. Un guide pratique du dispositif d'archivage et de demande du DPU précise les modalités d'archivage, de demande de dossiers archivés et les modalités de localisation des dossiers. Cet archivage est pour partie en interne. Les dossiers antérieurs à 2006 sont externalisés. En cas de demande de dossier archivé sur le site distant le délai d'accès à ces derniers dossiers est de 24h à 48h. Une application informatique permet de localiser l'emplacement en temps réel d'un dossier, qu'il soit actif ou archivé. En dehors des heures d'ouverture des archives, une procédure autorisant le personnel du SAU et du cadre de santé de garde à accéder aux locaux d'archivage, permet de garantir l'accès aux données du patient en temps utile. L'accès du patient à son dossier est organisé, le livret d'accueil en précise les modalités. Les modalités d'accès, d'archivage et de gestion du dossier ont été soumises à la validation du médecin DIM. Les modalités d'identification du patient sont déterminées que ce soit pour les admissions en urgence ou dans le cadre d'une consultation ou d'une admission programmée. Le DPI est à ce jour largement déployé sur l'établissement en médecine, chirurgie et soins de suite. Le plan d'équipement prévoit l'informatisation en 2017 du bloc opératoire, de l'ambulatoire, des USLD et des consultations externes. Seule l'activité d'anesthésie n'est pas prévue à ce programme d'équipement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions adaptés à leur secteur, avec sensibilisation et informations régulières des professionnels sur les risques identifiés pour le processus dossier patient. La mobilisation des professionnels est effective et encouragée par les responsables, notamment via l'adaptation des supports

et écrans d'accueil et d'ouverture du dossier informatisé en fonction du profil professionnel et de son unité d'affectation. Dès l'écran d'ouverture du DPI, les onglets accessibles sont adaptés à la fonction et au secteur d'intervention de l'agent. Les évolutions des fonctionnalités dans le cadre de la gestion du dossier tiennent compte des spécificités de certains services spécialisés et des besoins exprimés par les utilisateurs. L'encadrement veille à l'actualisation des compétences et à la formation des nouveaux arrivants sur l'utilisation des fonctionnalités du dossier. Les cadres de santé, via les contrôles et vérifications menés dans les services, contribuent à la sensibilisation des personnels paramédicaux sur la bonne tenue du dossier de soins. Une EPP est en place depuis 2012 sur le thème du délai d'envoi du courrier de sortie, elle est en étape 5. 7 analyses de dossier ont été réalisées en 2016 selon la méthode du patient traceur. Les dysfonctionnements sont signalés et analysés avec la participation des professionnels déclarants. Les personnels sont informés via les responsables d'unités (médicaux et paramédicaux) des audits et évaluations, par la suite les résultats leurs sont communiqués et ils sont associées à l'identification des actions d'amélioration si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de chaque métier sont formés si possible dès leur période d'intégration aux modalités de tenue du dossier patient et en connaissent les règles. Deux formations sont systématiquement planifiées chaque année en début d'année et en septembre pour les nouveaux arrivants par le cadre de santé formateur qui assure en outre la formation des professionnels recrutés en dehors des périodes de recrutement. Les médecins et les internes sont formés à l'utilisation des outils informatiques si possible dès leur arrivée et bénéficient d'une présentation du guide d'utilisation du dossier par le praticien référent. Les praticiens urgentistes remplaçants sont accompagnés lors de leur prise de connaissance de l'applicatif. Les procédures, guides et modes opératoires actualisés sont accessibles aux professionnels dans le système documentaire disponible sur intranet. Dans le secteur de chirurgie, les informations relatives à l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient ne figurent pas systématiquement sous les mêmes onglets suivant le parcours du patient. En chirurgie programmée, les observations médicales sont renseignées dans l'onglet « historique » car les informations complémentaires des informations renseignées dans les comptes-rendus de consultation, dictées par les praticiens, sont renseignées par les secrétaires médicales en cours ou en fin de séjour. En chirurgie non-programmée, après admission par le service des urgences les observations médicales sont saisies directement par les différents praticiens, urgentistes et chirurgiens dans l'onglet « observations ». En médecine et SSR, les praticiens renseignent directement leurs observations dans l'onglet « observations ». Un onglet « avis spécialisé » permet aux praticiens sollicités pour un avis complémentaire de tracer leurs informations dans une zone identifiée. Le paramétrage des écrans des IDE est prévu d'ouvrir directement l'onglet « observations ». Le service d'archivage assure en lien avec les secrétariats médicaux la gestion du DPU. En moyenne 450 mouvements de dossiers sont effectués quotidiennement afin de répondre aux différents besoins des utilisateurs. Les modalités de demande de dossiers archivés répondent à des procédures tant pour les demandes programmées qu'en cas d'urgence. Elles sont connues des professionnels concernés et notamment des secrétaires médicales. Les équipements et matériels nécessaires sont installés ; chariots pour les ordinateurs portables, postes informatiques au niveau des bureaux, outils de prescriptions dématérialisées et connectées pour les examens complémentaires, modules d'accès aux résultats d'examens (imagerie, biologie, explorations fonctionnelles, ...). La sécurisation du système est assurée, tant au niveau de l'accès aux données numérisées en continu que des locaux y compris dans les unités de soins où les dossiers papier sont situés dans les secrétariats médicaux fermés en dehors des heures de présence des secrétaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs d'activité visités connaissent les procédures prévues pour la gestion du dossier patient ainsi que pour l'accès du patient à son dossier. Les modalités de vérification de l'identité sont appliquées et tracées par les différents intervenants. Dès que l'admission administrative du patient est réalisée, un dossier patient est ouvert dans le service d'hospitalisation. En cas d'admission en dehors des heures d'ouverture du BDE, une identification provisoire est effectuée par le personnel du SAU formé. La vérification de l'identité est effectuée à l'admission dans chaque unité et tracée dans le dossier. La communication des informations du dossier entre professionnels est mise en œuvre. Les éléments utiles à la prise en charge du patient sur les plateaux techniques sont transmis au secteur concerné si nécessaire ou accessible via le dossier informatisé. Le dossier papier est organisé selon une présentation uniforme commune à tous les services. Pendant l'hospitalisation, le DPU est situé dans le secrétariat de l'unité de séjour du patient. C'est la secrétaire médicale de l'unité qui est en charge, à la sortie du patient, de mettre en ordre les différentes rubriques et de ranger le dossier patient papier. Dans la version informatisée la navigation est aisée et connue des professionnels rencontrés entre les différents onglets du dossier médical et du volet de soins. Pour les patientes d'obstétrique, le BDE ouvre une pré-admission au 9ème mois afin de permettre à la future maman une admission directe en salle de naissance au moment de l'accouchement. En maternité, le dossier du nouveau-né est créé dès la naissance de l'enfant. L'accès aux différents documents numérisés du dossier patient s'effectue par des identifiants personnels. La douleur est tracée, les professionnels sont formés à l'utilisation des échelles comportementales en Pédiatrie, en SSR et en USL notamment, ce qui a été confirmé par la réalisation des patients traceurs dans ces services. Selon les pratiques des praticiens, la traçabilité des observations médicales effectuées au cours du séjour est effectuée soit sous l'onglet « observations » si ces

informations sont renseignées par le praticien, soit sur l'onglet « historique » selon la manière dont cette information est renseignée dans le dossier. Les avis médicaux spécialisés sont tracés dans un onglet spécifique. La traçabilité de l'information pré-transfusionnelle et post-transfusionnelle délivrée au patient en cas de transfusion, et de son consentement est assurée dans le dossier transfusionnel au format papier. Le dossier d'anesthésie est inclus dans le DPU. La traçabilité de la consultation d'anesthésie et de la visite pré-anesthésie est présente dans tous les dossiers examinés. Le projet thérapeutique est tracé en SSR et réajusté régulièrement en tenant compte de l'avis du patient. En USLD, le projet de vie est formalisé et mis en œuvre avec le résident et ses proches ou accompagnants. Le dossier social est formalisé sous l'égide des assistantes sociales. Il est conservé dans le service social et archivé. Les assistantes sociales renseignent si besoin le dossier informatisé pour les informations devant être partagées avec l'équipe pluridisciplinaire. Toutefois, les traçabilités ne sont pas assurées. En effet, dans les dossiers de chirurgie, lorsque le patient arrive en hospitalisation programmée, l'examen initial médical d'entrée n'est pas toujours tracé selon les règles de tenue du dossier ce que confirment les résultats des IQSS. Les bilans initiaux des kinésithérapeutes ne sont pas retrouvés dans les dossiers des patients concernés. Par ailleurs, les comptes rendus d'examens ne sont pas toujours conformes. En effet, les CR des comptes rendus d'écho doppler pratiqués par un praticien dopplériste sont manuscrits et ne mentionnant pas le type d'équipement utilisé ni sa date de mise en service, ils ne sont pas conformes à la réglementation. Les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient sont remis au patient ou adressés aux professionnels correspondants. Les praticiens rencontrés ont indiqué remettre, depuis le 1er Janvier, au patient et aux médecins qu'il désigne, la lettre de liaison en conformité avec le décret de juillet 2016. Les transmissions ciblées sont renseignées par les IDE, Les diététiciennes tracent leurs interventions auprès des patients. Les constantes et paramètres de soins sont renseignés sur des onglets réservés à cet usage dans le dossier de soins informatisé. L'archivage du dossier papier est réalisé selon les procédures établies. Un numéro d'archivage est attribué à chaque dossier et les dossiers peuvent être localisés en permanence grâce à l'utilisation du logiciel de suivi du dossier et d'archivage institutionnel. Tous les mouvements des dossiers sont enregistrés et tracés. Le personnel des archives service assure, en journée, le transport des dossiers vers les unités demandeuses. Les dossiers sont transportés en respectant les règles de sécurité et de confidentialité les caissons sont ouverts mais restent en permanence sous la surveillance de l'agent responsable. Une procédure d'accès au dossier en urgence, permet au personnel du SAU et au cadre de garde d'avoir accès au dossier la nuit et le week-end. Les réponses de communication du dossier sont assurées dans les délais réglementaires pour les dossiers de plus de 5 ans. Cependant, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours réalisé dans le délai réglementaire. Le délai moyen d'accès au dossier de moins de 5 ans est de 16 jours en 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation de cette thématique en suivant les indicateurs nationaux (IPAQSS transversaux et de spécialités). De plus, il réalise entre 2 recueils nationaux un recueil local de ces indicateurs. Ces évaluations et les résultats de l'établissement aux indicateurs sont communiquées auprès des professionnels concernés et sont utilisées en cas de résultats insuffisants notamment vis-à-vis des indicateurs TDP (traçabilité de l'observation initiale et contenu du courrier de sortie) pour envisager un plan d'action d'amélioration. Des actions d'amélioration ont été identifiées et mises en œuvre fin 2016 suite aux résultats de la dernière campagne IQSS sur les items dont les résultats sont en progression.

A / AGIR

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

Le suivi du PAQSS relatif à la thématique « dossier patient » est assuré par le pilote de la thématique, qui rend compte aux responsables de l'établissement de l'avancement des actions d'amélioration déterminées. Les actions prévues au CQ sont en cours de déclinaison notamment celles portant sur les situations perfectibles. (examen médical d'entrée, rédaction d'un traitement de sortie et contenu du compte-rendu d'hospitalisation). Les cadres de santé font des rappels réguliers auprès des équipes relatifs aux axes d'amélioration en matière de tenue du dossier de soins et de pertinence des transmissions ciblées. Des supports de communication et des modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne via des réunions d'encadrement et les CR des instances.

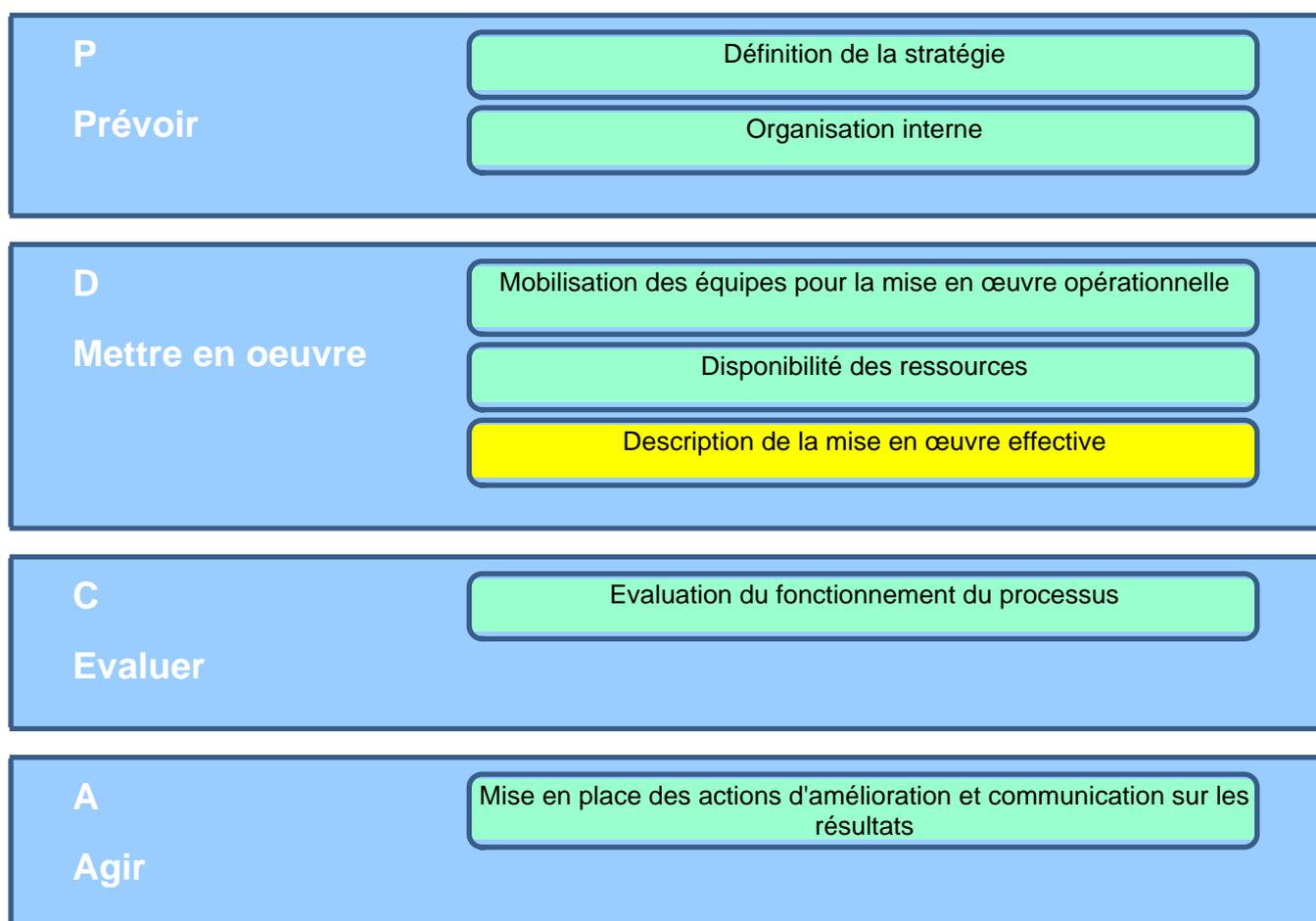
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement a défini sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre de ses activités à partir des plusieurs entrées:

- les cartographies des risques réalisées en 2012 actuellement en cours d'ajustement (Archimed de l'Omedit), tant au niveau des secteurs d'activité que de la PUI.
- ses indicateurs nationaux,
- les résultats du contrat de bon usage des médicaments
- les analyses des fiches de déclaration d'événements indésirables
- ses EPP sur le thème.

Les risques ont été cotés en groupes multiprofessionnels suivant une échelle de 1 à 4 pour la gravité et la fréquence, la maîtrise de ces risques a été évaluée. Les risques dont la criticité dépassait 12 ont été reportés dans le compte qualité de la HAS. L'indice de criticité a permis de les prioriser. La majorité des risques et les actions correspondantes ont été introduites dans le PAQSS institutionnel. Un échéancier est en place, les responsables des actions sont identifiés. L'établissement dispose d'un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse récemment actualisée qui intègre la politique, les missions du RMQPCM, l'évaluation de cette politique au travers des CREX. Les définitions des indicateurs de suivi font partie de ce manuel. Les bilans et programme de cette thématique ont été validés en CME du 22/3/2016. Cette politique intéresse toutes les tranches d'âge et tous les secteurs d'hospitalisation du CH du Haut Bugey sans que l'on trouve explicitement un thème spécifique concernant le sujet âgé.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes de la prise en charge médicamenteuse sont les chef de service de la pharmacie et le médecin responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Leurs missions sont définies plus spécifiquement pour ce qui concerne le RMQPCM. La PUI dispose des ressources nécessaires. La stabilité des personnels rend épisodique le recrutement. Un préparateur vient toutefois d'intégrer récemment l'équipe. Les locaux de la PUI sont récents, la maintenance est assurée en collaboration avec l'ingénieur biomédical ou les services techniques. Il existe un plan d'investissement pluriannuel associant les professionnels. L'unité de reconstitution des cytotoxiques répond aux attentes de bonnes pratiques de pharmacie. La gestion documentaire est accessible à tous depuis quelques mois par un logiciel spécifique. Le Manuel d'assurance qualité décrit les conditions de la gestion documentaire. La prescription informatisée est en place sur la grande majorité des lits. Seul l'hôpital de jour et le bloc opératoire ne sont pas reliés au logiciel de prescription. Une organisation est en place pour répondre aux besoins urgents les jours fériés, les nuits et les week-end par mise à disposition d'armoire et de réfrigérateur sécurisés et d'une procédure d'accès validée. Toutefois, les outils d'aide à la prescription ou à la chimiothérapie ne sont pas systématiquement actualisés ou datés. Les protocoles présents dans la gestion documentaire électronique ne sont pas révisés régulièrement (organisation du circuit du médicament validé en 2008 ou encore bonnes pratiques de prescription validé en 2008 par exemple), même si l'établissement indique que la mise en ligne de ces protocoles sous entend qu'ils ont été revus, rien ne l'indique formellement. Des procédures concernant la chimiothérapie (habillage, procédure générale de préparation, conduite à tenir en cas d'incident) ne sont pas datées. La permanence pharmaceutique n'est pas totalement opérationnelle pour les cas ou les disposition mises en place seraient insuffisantes. En effet, il n'y a pas de disposition prévue pour le cas où les dispositions proposés pour les besoins d'approvisionnement en urgence seraient insuffisantes : pas d'organisation d'appel aux pharmaciens, pas de convention avec l'établissement support même si un dépannage ponctuel peut avoir lieu.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de secteur informe les professionnels de terrain des dispositions mises en place, des améliorations apportées et favorisent la participation à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables du circuit du médicament. La taille de l'établissement, les effectifs ne permettent pas une déclinaison spécifique par service de la politique du management de la prise en charge médicamenteuse. Les référents pharmacie nommés participent à la mise en œuvre de cette politique. Les visites des armoires à pharmacie tous les 3 mois, la participation aux CREX multi-professionnels, permettent la mobilisation des professionnels autour de cette thématique. Les réunions des référents pharmacie (4 ou 5 par an) permettent les échanges d'informations et le rendu des audits.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés en interne à l'erreur médicamenteuse ainsi qu'à l'utilisation du logiciel de prescription, un livret d'accueil des personnels, des médecins et internes est en place. L'intégration des nouveaux arrivants est effective tant à la PUI que dans les services d'hospitalisation par une période de tutorat. Il existe une unité centralisée de reconstitution des cytostatiques. Les préparateurs de la PUI sont habilités par la responsable de la PUI. Un logiciel spécifique de prescription de chimiothérapie est utilisé. Les interfaces concernant les prescriptions entre le bloc et les services sont fonctionnelles par utilisation du logiciel de prescription en SSPI. Le circuit des médicaments thermosensibles est organisé. Le transport des médicaments est sécurisé. Une habilitation pour le transport des stupéfiants est réalisée pour les IDE sans pour autant qu'elle concerne les livreurs des USLD. Des chariots d'urgence scellés et contrôlés par la PUI sont présents dans tous les secteurs visités. Les armoires à médicaments sont sécurisées par des clefs ou des codes suivant les secteurs, le stockage des stupéfiants dans des casiers fermant à clef se fait dans ces mêmes armoires. La prescription est informatisée sur tous les services sauf l'hôpital de jour. Des formations sont en place pour l'utilisation du logiciel. Les médicaments à risque sont identifiés, une procédure est en place ainsi que des outils de maîtrise de ce risque. Les patients à risque comme ceux ayant des troubles de déglutition sont identifiés une procédure sur le broyage des médicaments est en place. Il existe une aide en ligne sur le logiciel de prescription pour les dilutions des injectables. Les matériels d'administration des médicaments sont disponibles, l'établissement ne peut assurer actuellement l'homogénéité du parc des PSE pour des raisons financières. Des mesures permettent de garder l'identification précise des médicaments déconditionnés pour la distribution nominative au niveau de la PUI. La rétrocession est en place. Il existe une procédure concernant les traitements personnels des patients et des informations leurs sont fournies. Cependant, la sécurité du stockage et de l'administration des médicaments n'est pas totalement assurée. La PUI ne dispose pas d'alarme d'intrusion. La confidentialité de la rétrocession n'est pas respectée. Le lieu de la rétrocession se situe à côté de la "banque" où viennent s'approvisionner les services. La séparation entre les deux pièces se fait par une cloison à mi hauteur ne permettant le respect de la confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les médicaments à risque sont identifiés, des dispositions sont prises. Les professionnels rencontrés lors des audits de processus connaissent ces procédures et les mettent en application. L'outil informatique de prescription est utilisé, il permet une analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions informatisées. La procédure d'habilitation des prescripteurs avec des spécificités concernant les prescripteurs junior, est mise en place, le pharmacien dispose des signatures des prescripteurs. Toutefois, les règles de prescriptions ne sont pas toujours respectées. L'établissement indique une certaine fréquence de prescriptions orales lors d'astreintes médicales, prescriptions qui ne sont pas retranscrites par les médecins. Ces prescriptions orales sont parfois exécutées et une retranscription papier peut être effectuée par l'IDE. Actuellement, une procédure validée par la CME permet la validation par mail d'une prescription orale. L'établissement a identifié les risques liés à une telle organisation et a mis en place une réflexion pour interrompre cette dernière procédure et permettre des prescriptions à distance sur le logiciel institutionnel. De même les prescriptions des traitements personnel des patients ne sont pas toujours réalisées, comme le confirme l'investigation par patient traceur, le patient utilisant durant 5 jours son traitement personnel. Les allergies sont indiquées directement sur le logiciel de prescription. Le pharmacien dispose de toutes les données du dossier patient y compris les résultats biologiques pour cette analyse. Une conciliation médicamenteuse est en place pour certains patients à risque. La PUI délivre les médicaments suivant plusieurs modes : délivrance nominative hebdomadaire (USLD), délivrance globale ou globalisée suivant les secteurs. Toutefois, les modalités de préparation ne permettent pas toujours de sécuriser la prise en charge médicamenteuse. En effet, certains médicaments comme la digoxine distribuée en plaquette ne permettent pas d'identifier jusqu'à l'administration les comprimés après "découpage" de la plaquette. La traçabilité immédiate de l'administration est effective par les personnels habilités. L'identité du patient est vérifiée à chaque administration de médicament. Le double contrôle lors de l'administration des médicaments à haut risque est en place, les médicaments à risque de confusion sont identifiés et connus par les professionnels rencontrés lors de l'audit de processus. Les ordonnances de sortie sont dans un deuxième temps réintégrées dans le logiciel du dossier patient permettant une vue globale sur les prescriptions du patient. Lors du transfert d'un patient les traitements en cours sont directement extraits du logiciel de prescription pour être mis à disposition de l'établissement receveur. L'information des patients sur le bon usage des médicaments repose sur les conseils oraux des professionnels. Il n'y a pas de documents mis à disposition par la PUI pour le bon usage des médicaments concernant certains médicaments comme les anticoagulants. Enfin, les instances de validation du processus prise en charge médicamenteuse ne fonctionnent pas de manière systématique. En effet, le COMEDIMS, qui traite aussi des antibiotiques, ne s'est réuni qu'une fois en 2016. Une réunion était programmée en février 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus disposent d'un programme d'audits concernant certaines phases de ce processus par exemple en 2015 : conformité des prescriptions des fluoroquinolones injectables pour les infections urinaires, conformité des prescriptions de MDS, audit du circuit des médicaments thermosensibles vers les sites délocalisés. En 2016, audit de traçabilité des administrations sur le logiciel institutionnel, évaluation des interruptions de tâches lors des préparations de piluliers en chirurgie. Ces audits du circuit du médicament font partie du plan d'actions des pilotes de la PEC médicamenteuse. Des audits annuels sur la tenue des armoires à pharmacie sont réalisés. Une séance de révision des ordonnances en gériatrie par un groupe médical et pharmaceutique, vient d'être mise en place, le programme de travail de ce groupe est programmé pour 2017. Ce groupe aura en charge la diffusion à tous les médecins de recommandations de bon usage des médicaments pour les sujets âgés. Les responsables de la pharmacie et de la stérilisation disposent d'indicateurs de suivi intégrés dans le rapport annuel d'activité, comme par exemple : le nombre de FEI en rapport avec le circuit du médicament, le nombre d'actions mises en place suite aux CREX, les indicateurs du CBU, les indicateurs volumétriques d'activité ou encore financiers. Les pilotes du processus assure un suivi des plans d'actions lors d'une réunion trimestrielle.

A / AGIR

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

Les bilans et plan d'actions de la thématique ont été validés en CME. Les risques identifiés lors de la cartographie ont pour certains été traités: identification des médicaments parentéraux dilués, traçabilité des températures lors des transports. De manière générale, les actions identifiées sont inscrites dans le PAQSS. En revanche, certaines actions d'amélioration identifiées ne sont pas remontées dans le PAQSS. En effet, si le suivi des actions d'amélioration issues des CREX est effectué, elles ne sont pas remontées dans le PAQSS. Les pilotes du processus ont mis en place un journal d'information distribué à l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement concernant les CREX et les améliorations mises en place suite aux analyses des causes. Le bulletin qualité de décembre 2016 distribué par les cadres à chaque personnel donne les plans d'amélioration en rapport à chaque risque identifié sur la thématique prise en charge médicamenteuse. Les réunions de cadre trimestrielles auxquelles participent les pilotes du processus permettent la diffusion de ces informations. Un tableau récapitulatif des EPP est affiché dans les services de soins afin d'informer les professionnels de l'avancée de celles-ci. La communication auprès des usagers est effectuée lors de bilans annuels au conseil de surveillance ou les représentants des usagers siègent.

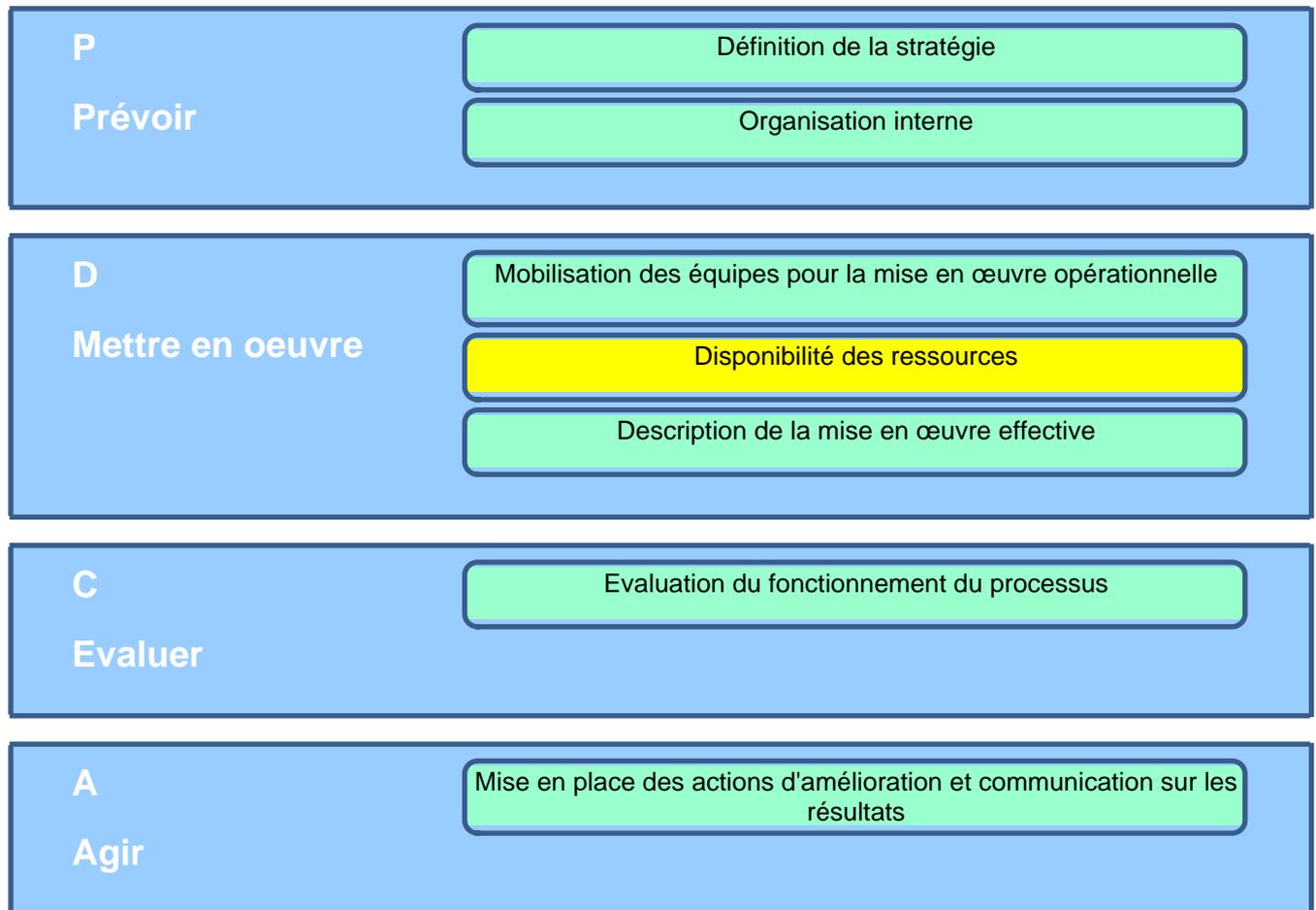
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

La stratégie de prise en charge des urgences et des soins non programmés du CH du Haut Bugey s'intègre dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins de la région. La politique est déclinée dans le projet médical 2014-2018 et dans le règlement intérieur Services des urgences/SMUR/UHCD. La convention cadre du GHT Bresse Haut Bugey d'octobre 2016 donne les nouvelles orientations. Le CH organise la réponse aux besoins des populations par une prise en charge directe au service des urgences comportant la structure des urgences ouverte 24h/24, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 8 lits et l'antenne SMUR. L'activité de 2016 sur le service d'urgences montre plus de 20 000 passages dont 23% d'hospitalisations, près de 500 sorties SMUR en externe et une vingtaine d'intervention SMUR intramuros. La régulation des sorties SMUR est en liaison avec les 2 centres 15 de l'Ain et du Doubs. L'analyse de risques a été réalisée par un groupe de travail composé de paramédicaux et d'agents administratifs sous pilotage d'une infirmière identifiée. Les 6 risques ont été recensés à partir des FEI et des plaintes et réclamations. Ils sont priorisés et hiérarchisés et font l'objet d'un plan d'actions, présentés aux urgentistes. Il est articulé avec le PAQSS 2016-2018.

ORGANISATION INTERNE

Le CH a défini une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est confié à l'IDE responsable du groupe de travail, dont les missions sont formalisées dans une fiche de pilote. Au regard de ses missions et des risques identifiés, le CH organise la réponse à ses besoins en ressources humaines matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Un médecin urgentiste, chef de service et un cadre de santé sont identifiés. L'équipe est composée de 12 postes médicaux en 24h, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, agents d'accueil et secrétariat. L'assistante sociale intervient sur besoin ponctuel, dans le cadre de la PASS. La permanence médicale est organisée par la présence d'un médecin urgentiste en garde sur place de 24 heures. Le recours aux avis spécialisé est organisé. L'équipe des urgentistes peut faire appel aux spécialistes présents sur site. D'autres avis, selon un planning affiché sont possibles. Une maison médicale située dans les locaux du CH accueille les patients de 18h à 24h en semaine et sur un créneau en matinée et en après-midi les weekends. Un dispositif d'intégration des nouveaux est en place. Le plan de formation 2017 fait état de la formation Infirmier d'Orientation et d'Accueil, la formation médicale continue est prévue dans le cadre de la participation au réseau RESCUE. Le règlement intérieur intègre les circuits des patients valides et couchés, les orientations à la sortie, les profils de poste métier médecins, infirmier et aide-soignant et la responsabilité de la gestion des 8 lits d'UHCD. Des fiches de tri par motif de recours sont définies à l'intention du personnel paramédical. Un planning des consultations des spécialistes est disponible. La liste des médecins de gardes et d'astreintes des services et les modalités d'appel sont diffusées. Le système d'information repose sur l'utilisation du dossier patient informatisé. Des conventions avec le CH de Bourg en Bresse et avec le Centre Psychothérapique de l'AIN décrivent respectivement la prise en charge d'un AVC et des troubles psychiatriques. Une procédure pour orientation vers un centre de cardiologie interventionnelle est en place. Les documents nécessaires à l'utilisation de la Télémédecine sont définis. Toutefois, les circuits définis de prise en charge ne sont pas formalisés en fonction de filières spécifiques. En effet, plusieurs documents définissent les circuits des patients arrivant couchés et debout, et en fonction des orientations à la sortie mais il n'y a pas de définition des circuits des patients en fonction de l'appartenance à des populations spécifiques : enfants et personnes âgées. L'établissement n'a pas relevé ce risque dans son compte qualité, il est cependant prévu dans le PAQSS d'organiser la prise en charge des enfants et des personnes âgées. Il n'y a pas d'identification du responsable, des échéances, des modalités de suivi. La structure des urgences comprend 1 salle d'attente « patient debout » et 1 salle d'attente « patient allongé », 1 salle d'accueil des urgences vitales, 6 boxes de soins, 4 boxes de pré hospitalisation dont un équipé de télémédecine pour la prise en charge des AVC. Un local muni d'un sas est présent pour l'accueil d'isolement des patients à risque infectieux. Le matériel de sécurisation est disponible. Le service d'UHCD est composé de 8 lits équipés de 2 postes de monitoring scopé. L'équipement en matériel répond aux besoins de la réponse à l'urgence lors des sorties SMUR. La maintenance préventive et curative est organisée en liaison avec le service biomédical du CH. Les interfaces sont organisées avec tous les secteurs. L'accueil administratif est intégré au service des urgences avec une permanence en journée de 9h15 à 0h, relayé par les infirmiers et aides-soignants. Le secrétariat médical est situé dans les locaux du service des urgences. La collaboration avec la régulation des SAMU CENTRE 15 permet une orientation adéquate des patients. Des admissions directes en maternité, en médecine sont organisées en lien avec les médecins de ville. Le transfert des patients vers les services est organisé entre les médecins. Le service d'imagerie du CH, juxtaposé au service des urgences répond aux demandes d'exams 24h/24. Le laboratoire de biologie sur site rend ses résultats dans le dossier informatisé 24h/24. Une commande globale des médicaments est organisée 2 fois par semaine. Les professionnels du bloc opératoire ont accès en lecture au dossier patient.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et un plan d'action opérationnel sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'infirmière, pilote du groupe, le chef de service et le cadre de santé relayent les informations auprès des équipes. Ils sensibilisent régulièrement leurs équipes sur les risques de leur service et s'assure du respect des bonnes pratiques. Des réunions permettent de faire le point régulièrement sur l'avancement des actions. Des CREX et RMM sont en place. Des déclarations de FEI sont utilisées par les professionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. La participation au groupe de travail sur la thématique, au CREX médicaments est effective.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est organisée dans le respect de la composition des équipes définies. La sécurité est renforcée par la présence d'un vigile sur le CH pouvant intervenir sur appel aux urgences. Les ressources en compétence sont disponibles médecins urgentistes, infirmiers et aides-soignants. L'équipe infirmière est polyvalente sur le service des urgences, le SMUR et le service d'UHCD. Un tutorat est en place lors de recrutement de nouveau personnel. Le personnel soignant est formé à l'AFGSU, à l'identitovigilance. Toutefois, les professionnels ne sont pas formés à l'accueil et à l'orientation des patients. En effet, pour les patients debout, de minuit à 9h, l'accueil est assuré par les paramédicaux en poste. De 9 h à minuit, l'accueil des patients debout est assuré par un agent administratif. L'organisation mise en place stipule qu'il a l'obligation d'appeler le service selon les critères de tri sélectionnés. Le projet de mise en place de 3 ETP d'IOA par redéploiement de postes aide-soignant est noté dans le compte rendu du Conseil de Surveillance de novembre 2016. La formation avec le CESU du CH de Bourg en Bresse a débuté pour 4 agents en janvier et est prévue pour 4 autres en fin d'année. Le local d'accueil est identifié. La mise en place effective est prévue pour septembre 2017. Ce sujet a déjà relevé lors de la précédente visite de certification. Les ressources documentaires sont mises à disposition. Des fiches de circuits patients couchés – debout, des fiches d'aide à la prise en charge sont accessibles et connus des professionnels. Les protocoles sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. De nombreux documents types créés dans le logiciel dossier patient sont utilisés à la sortie du patient à domicile. Cependant, la disponibilité des lits d'hospitalisation n'est pas analysée en temps réel. En effet, le logiciel de gestion des lits disponible pour les professionnels n'est pas utilisé car il ne permet pas de connaître les disponibilités journalières à venir. La gestion des lits est faite au plus près des besoins mais l'organisation actuelle ne permet pas l'analyse de la disponibilité des lits en continu. La disponibilité des lits est recueillie plusieurs fois par jour par le cadre du service des urgences qui appelle ses collègues des services. La nuit, le week-end et les jours fériés, ces appels passent par les infirmiers de service à service. Si aucun lit n'est disponible, les patients sont orientés vers l'UHCD. En cas de saturation, les patients restent aux urgences ou en UHCD le temps nécessaire pour leur trouver un lit. Des incertitudes sur la libération de lits dans les services, les changements de chambre de patients provoquent des difficultés de placement. Le projet de gestion des lits de l'ANAP de 2014 n'a pas abouti à la mise en place d'améliorations. Les ressources matérielles sont définies au regard des projets, elles sont en adéquation avec les besoins. Elles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Les locaux sont adaptés au type de prise en charge et aux populations accueillies. Un circuit différencié de passage des patients assis et couchés est en place. Un équipement de secours d'urgence adapté aux enfants et adultes est disponible au service des urgences et à l'UHCD situé au 2ème étage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dispositif d'accueil administratif est assuré. La pose du bracelet d'identité est systématique. En fonction de l'évaluation initiale de l'état de santé du patient, le circuit le plus adapté est mis en œuvre (circuit des soins externes, des urgences, pédiatrie). La prise en charge médicale est alors réalisée, complétée le cas échéant avec la biologie, l'imagerie, les avis spécialisées, les soins infirmiers, etc. A l'issue de ces étapes, le patient sort du CH ou est hospitalisé soit dans l'UHCD, soit directement dans un des services du CH. Dans tous les cas, et comme constaté lors d'audits patients traceurs, le patient quitte le service avec un compte-rendu. Si besoin une ordonnance de prescription, des RDV et des certificats lui sont remis, permettant la continuité des soins. L'ensemble des informations est tracée dans le logiciel dossier patient accessible à l'ensemble de l'équipe. Le matériel et les équipements du SMUR sont disponibles. Les contrôles sont effectifs. Les interfaces entre l'ensemble des secteurs sont opérationnelles : entre secteurs cliniques, entre secteurs cliniques et consultations spécialisées, secteurs administratifs, logistiques et support. La transmission par télé-médecine pour les AVC avec l'UNVI du CH de Bourg en Bresse est opérationnelle. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier informatisé par tous les acteurs ce que confirment la visite terrain.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs : Nombre de passages aux urgences, d'hospitalisation en UHCD, durée de séjour en UHCD, mais le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas en place : Il n'y a pas de système de recueil des temps de passage opérationnel à ce jour. Une requête informatique hebdomadaire est activée depuis 2 mois mais à ce jour près de 25% des résultats sont inexploitable, expliqués par le manque d'enregistrement dans le logiciel par les soignants et l'interopérabilité instable des 2 logiciels : dossier administratif et dossier patient. Les données ne peuvent donc pas être suivies à ce jour.

L'analyse des fiches de signalement d'événements indésirables est régulièrement effectuée. Les questionnaires de satisfaction et les plaintes sont exploités. Le service participe aux démarches d'EPP et de CREX institutionnelles. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels lors des réunions de service.

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 compte qualité : Fiches d'aide à la prise en charge, sonnette et interphone pour assurer la sécurité du personnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis :

- Via la gestion documentaire informatisée, les réunions de service, le cahier des transmissions auprès des professionnels
- Par affichage des résultats IPAQSS et par réponse épistolaire lors de réclamation auprès des usagers.

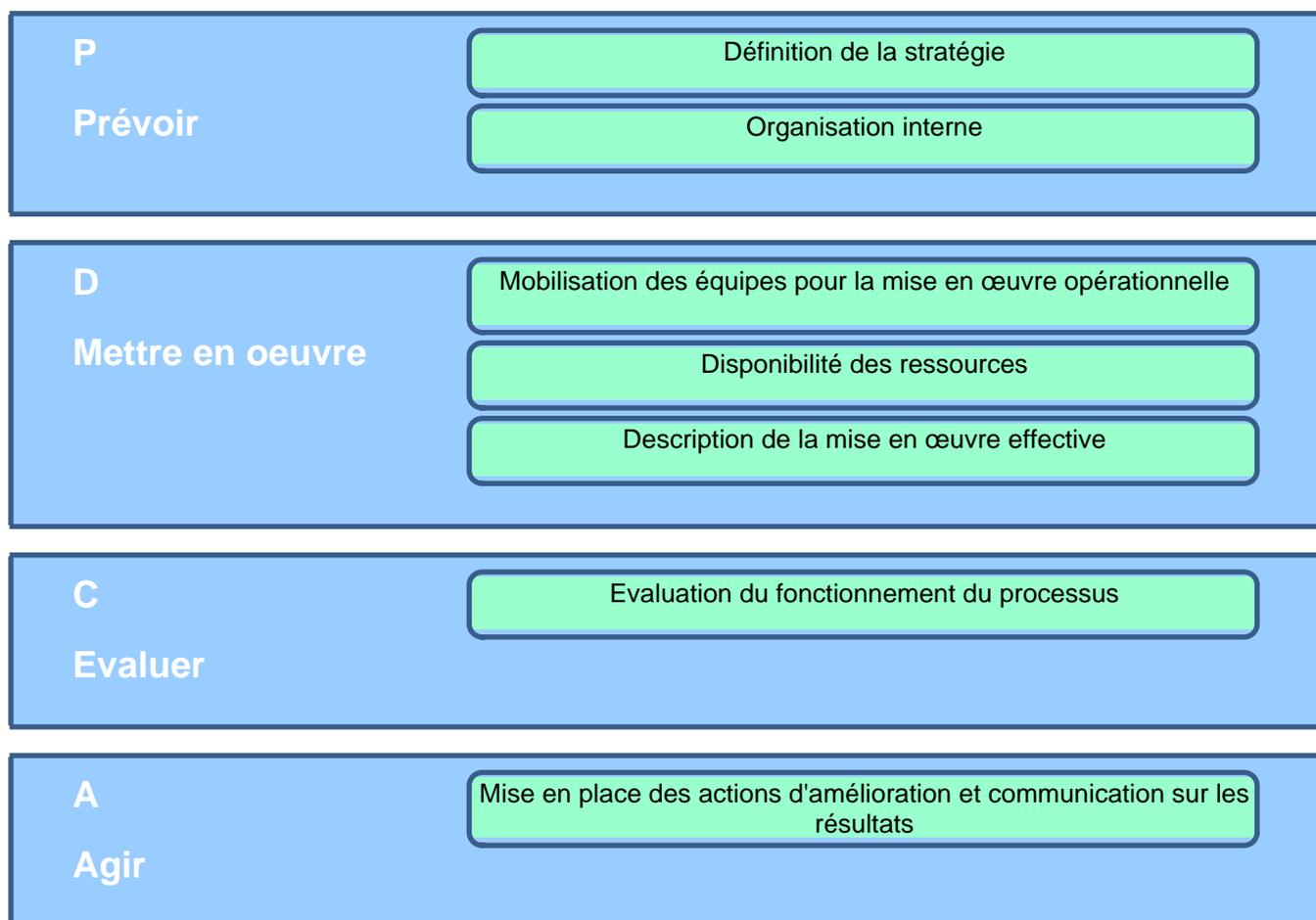
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose de 5 salles d'intervention dont la salle 1 dédiée aux césariennes et une salle consacrée aux endoscopies digestives sous anesthésie générale. Des interventions de chirurgie viscérale et urologique non carcinologique, orthopédique, vasculaire, gynécologique, stomatologique, ORL et ophtalmologique y sont réalisées. L'établissement a une politique et des objectifs propres énoncés en préambule de sa charte de bloc opératoire validée en CME.

Pour analyser ses risques, l'établissement s'est appuyé sur les résultats de ses indicateurs, sur une cartographie des risques réalisée avec les professionnels concernés et un benchmarking de la région Rhône-Alpes 2015 des unités de bloc opératoire.

Les risques sont analysés et hiérarchisés dans le compte qualité et repris avec les actions d'amélioration dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié au cadre de bloc, chef de bloc et président du conseil de bloc. Son rôle et ses responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission. Une charte de bloc opératoire réactualisée et validée précise le fonctionnement du bloc opératoire. L'activité de chirurgie programmée est réalisée du lundi au vendredi de 8h à 15h30. En dehors de ce créneau, y compris le week-end et jours fériés, une équipe d'astreinte assure les interventions en urgence. Les circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et les modalités de régulation des programmes opératoires y sont tout particulièrement décrits. Les ressources nécessaires ont été identifiées en personnel infirmier IDE, IADE, IBODE, brancardiers et aide-soignants. Des fiches de poste sont disponibles. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des personnels concernés. Un programme de formation est en place pour les personnels notamment durant les journées de fermeture trimestrielle du bloc pour maintenance. Les ressources documentaires existent sur les différentes prises en charge principalement disponibles sur la gestion documentaire informatique. Certains documents, comme l'antibioprophylaxie, ne sont pas actualisés. La gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux et de l'eau est organisée. Cependant, l'organisation de la délivrance du sang la nuit en urgence n'est pas sécurisée. Le dépôt de sang, situé au rez de chaussée et à l'entrée de la pharmacie, est éloigné et hors du bloc. Il est géré uniquement par l'IADE d'astreinte. Par ailleurs, les modalités en matière de radioprotection du patient ne sont pas formalisées. En effet, les procédures d'utilisation des équipements émetteurs de rayonnements ionisants, indiquant notamment les paramètres d'exposition à utiliser, ne sont pas formalisées. La définition des seuils d'alerte vis-à-vis des doses délivrées au patient pour les procédures à risque est en cours. Cette définition, validée par le PSRPM, est effectuée pour les poses de Pace Make ;, elle est en cours pour les actes d'angioplastie réalisés par un praticien chirurgien vasculaire. Aucune procédure relative à ces seuils d'alerte n'est formalisée ni diffusée et disponible au poste de travail concerné. De ce fait le risque d'apparition d'effet déterministe n'est pas totalement maîtrisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé informe les professionnels sur les différents risques et les plans d'actions en cours lors des réunions formalisées: les conseils de bloc mensuels et la commission des utilisateurs annuelle. Un tableau de bord des FEI est réalisé, suivi et périodiquement présenté. Les anesthésistes et chirurgiens participent aux RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences nécessaires en personnels sont disponibles et les effectifs sont en lien avec la charge de travail évaluée par le cadre de bloc et définie par la charte de bloc. Un médecin anesthésiste est disponible à tout moment au bloc opératoire et en SSPI. Les documents utiles à la prise en charge (dossier patient, résultats d'examen,...) sont disponibles. Les salles d'intervention sont conformes aux activités réalisées. Le nombre de postes de SSPI (8) est en lien avec le nombre de salles d'opération. Le matériel d'urgence vitale (chariot d'urgence avec défibrillateur) est en place avec des kits et chariots spécifiques (HTA maligne, chariot d'intubation difficile, chariot pédiatrique). Les ressources documentaires existent sur les différentes prises en charge et différents circuits. Les fiches d'ouverture de salle sont élaborées. Un document de planification des interventions est en place et disponible à tout moment sur le logiciel CORA Agenda, notamment pour les brancardiers, les services, la stérilisation et la radiologie en cas de chirurgie vasculaire. Un affichage de la programmation est réalisée au bloc opératoire en salle de repos et dans le couloir en face du bureau du cadre. Les interfaces sont organisées et formalisées avec les services

cliniques avec notamment la check list de transfert d'un patient au bloc opératoire. Les interfaces sont organisées avec les secteurs médicotéchniques (stérilisation, laboratoire, pharmacie, EFS pour le dépôt de sang, biomédical, EOH...) et les secteurs logistiques (linge, déchets, ...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les circuits de prise en charge au bloc opératoire sont en place. La prise en charge anesthésique est assurée par un médecin et par un infirmier anesthésiste qui ont accès au dossier d'anesthésie où est saisie la visite pré-anesthésique (recto d'une feuille A3). L'intégralité des gestes effectués par l'équipe d'anesthésie est tracée à l'intérieur de la feuille d'anesthésie avec impression des constantes peropératoires. Le suivi en SSPI est tracé au verso de la feuille d'anesthésie. La traçabilité manuscrite est opérationnelle. La check-list HAS est mise en œuvre. Les prescriptions postopératoires sont réalisées informatiquement sur le logiciel institutionnel CORA et de manière manuscrite pour l'ambulatoire. La traçabilité des DMI est effective par la pharmacie. Seuls les pace-maker, les chambres implantables et les implants oculaires donnent lieu à une information écrite remise au patient. Le bionettoyage est en place. Le contrôle de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation globale du secteur est réalisée par le recueil d'indicateurs quantitatifs (données d'activité et d'occupation des salles) et qualitatifs (nombre et suivi des FEI, benchmarking). Ainsi un audit sur 50 dossiers a été réalisé en janvier 2017 sur la check list HAS.

A / AGIR

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

La prise en compte des risques a permis des actions d'amélioration. Ainsi une erreur de côté au retournement pour la réalisation d'une ALR déclarée a permis de modifier les procédures en matérialisant par marquage le membre à opérer. La communication aux professionnels est prévue au conseil mensuel de bloc et à la commission annuelle des utilisateurs du bloc.

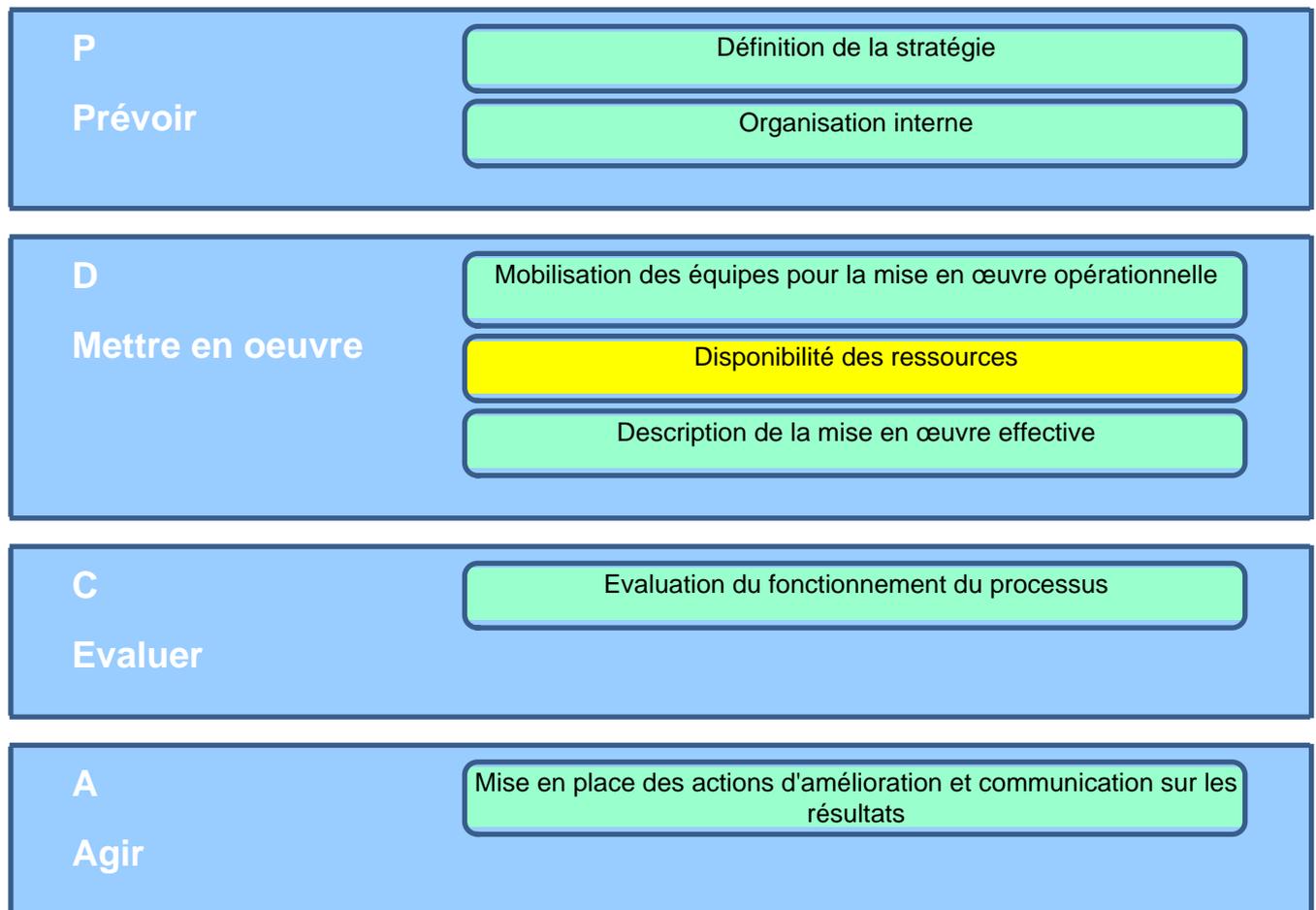
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

En dehors des fibroscopies bronchiques réalisées par les anesthésistes pour les intubations trachéales difficiles, l'établissement réalise des endoscopies programmées digestives hautes et basses, urologiques type fibroscopie uréthro-vésicale et ORL type nasofibroscopie. L'établissement dispose d'un seul lieu de nettoyage, désinfection et stockage des endoscopes situé dans une pièce borgne au bloc opératoire adjacente à la salle d'examen dite d'endoscopie du bloc opératoire et à la salle externe d'examen. L'établissement dispose d'une paillasse manuelle de nettoyage et désinfection sans pompe péristaltiques, un laveur désinfecteur d'endoscope (LDE) avec 2 cuves indépendantes et d'une enceinte de stockage vertical endoscope thermosensible (ESET) Pour analyser ses risques avec les professionnels concernés, l'établissement s'est appuyé essentiellement sur une cartographie des risques élaborée en 2014/2015. Les risques sont analysés et hiérarchisés dans le compte qualité et repris dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le cadre de santé chef de bloc et président du conseil de bloc est le pilote du processus « Endoscopie » identifié par une fiche de mission.

La procédure de fonctionnement de l'endoscopie validée le 30/01/2017 précise l'activité, le matériel, les dispositions générales, l'organisation détaillée et le circuit des patients en endoscopie. Les ressources ont été identifiées (aide-soignante ou IDE pour le nettoyage désinfection des endoscopes, un infirmier pour l'installation, la préparation et l'aide avant, pendant et après l'examen). Les responsabilités des IDE impliqués en endoscopie sont formalisées dans la procédure « rôle de l'infirmière en endoscopie » validée en novembre 2011. La fiche de poste de l'aide-soignante n'est pas réalisée. La régulation de l'activité est assurée :

- par la secrétaire ambulatoire pour les actes réalisés dans la salle externe de consultation et la secrétaire d'ORL pour les nasofibroscopies réalisées en consultation d'ORL

- le cadre de bloc pour les actes programmés au bloc opératoire.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des documents de référence validés disponibles sur la gestion documentaire informatique et sous forme papier dans deux classeurs en salle de lavage. Les formations sur la manipulation, l'entretien et la maintenance des endoscopes sont planifiées. Les besoins en documents d'enregistrement et traçabilité sont identifiés. L'hygiène des locaux est organisée (nettoyage des salles d'examen, de traitement et désinfection des endoscopes). La gestion de la qualité de l'eau, des surfaces et des fluides médicaux est organisée. L'interface avec les secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique est organisée. L'interface privilégiée avec l'hôpital de jour est notamment précisée par la procédure parcours patient en HDJ en endoscopie réactualisée le 20/01/2017. Toutefois, les ressources documentaires ne sont pas toujours actualisées. En effet, la procédure de retour de maintenance curative d'un endoscope d'avril 2012 n'est pas actualisée et il manque un élément pour assurer la sécurité des soins (prélèvement bactériologique après le triple cycle nettoyage-désinfection). Par ailleurs, la gestion du parc d'endoscopie n'est pas totalement maîtrisée. Il n'y a pas de carnet de vie ou tableau de suivi exhaustif et précis des différents endoscopes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé informe les professionnels sur les différents risques et les plans d'actions en cours lors des réunions formalisées: les conseils de bloc mensuels et la commission des utilisateurs annuelle. Un tableau de bord des FEI est réalisé, suivi et périodiquement présenté.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et effectifs (4 IDE et 1 aide-soignante) sont présentes. Les professionnels en poste sont formés. Les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge (dossier du patient, résultat d'examen). L'établissement dispose de 5 coloscopes, 4 gastroscopes, 4 nasofibroscopes dont 1 avec canal opérateur, 2 fibroscopes urinaires entreposés dans armoire spéciale (ESET) et 1 fibroscope bronchique stocké à l'horizontal dans un bac sur le chariot d'intubation difficile dans la réserve d'anesthésie. L'établissement ne dispose de locaux permettant d'assurer la prévention des risques professionnels. En effet, le système de renouvellement de l'air (VMC) ne permet pas l'évacuation des vapeurs d'acide peracétique ; l'odeur est forte dans le local de désinfection, nettoyage et stockage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité manuscrite est assurée dans le dossier

patient et dans deux registres. Dans le dossier patient, la feuille « traçabilité acte d'endoscopie » précise l'examen réalisé avec le ticket de traçabilité du LDE et les étiquettes matériels. Un registre de recueil d'activité collige pour chaque examen sur une ligne la date de l'examen, les initiales du praticien, le numéro mensuel de l'examen, le prénom et nom du patient, son année de naissance, la provenance du patient (externe, service), l'examen réalisé et la référence complète de l'endoscope. Un registre des désinfections recense toutes les désinfections manuelles et automatiques réalisées. Dans le cas de désinfection manuelle le cartouche précisant les 7 étapes du traitement est rempli et horodaté. Dans le cas de désinfection automatique le ticket du LDE est agrafé. Les étiquettes de stérilisation des tubulures d'irrigation et des écouvillons à usage unique sont collées. Le LDE assure une traçabilité informatique des traitements réalisés par saisie préalable de codes-barres (praticien/endoscope/opérateur/patient). L'utilisation de pochettes stériles de plateau avec un code couleur pour emballer les barquettes de stockage des endoscopes (vert pour propre/rouge pour sale) permet d'éviter toute confusion sur le croisement des endoscopes propres et sales entreposés à l'entrée de la salle de traitement sur un chariot. Les prélèvements réalisés sont envoyés par pneumatique au laboratoire. Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH (prélèvements annuels de l'ESET, trimestriels surfaces, fond de cuve LDE, eau de rinçage bactériologiquement maîtrisée et externalisés périodiques des endoscopes). Le risque sur le MCJ est recherché et tracé mais sur un document non actualisé, version 4 au lieu de la version 7 utilisée par le reste de l'établissement. La check-list « sécurité du patient en endoscopie digestive » (version 2013) est mise en œuvre. L'identité du patient est vérifiée à chaque étape. L'intimité, la dignité et la confidentialité des données du patient sont respectées. Toutefois, les pratiques des professionnels ne permettent pas d'assurer la prévention des risques professionnels. En revanche, les professionnels n'utilisent pas le matériel de protection mis à disposition au moment du nettoyage et de la désinfection des endoscopes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation globale du secteur est réalisée par le recueil d'indicateurs quantitatifs (données d'activité et d'occupation des salles) et qualitatifs (nombre et suivi des FEI, réalisation d'audits). Ainsi l'établissement a réalisé en 2015 l'audit national du GEPHH en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux. Le service a aussi réalisé le deuxième semestre 2016 un audit sur ses dossiers pour apprécier leur exhaustivité.

A / AGIR

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

Il n'a pas été identifiée d'action d'amélioration récente dans le secteur d'endoscopie. La communication aux professionnels est prévue au conseil mensuel de bloc et à la commission annuelle des utilisateurs du bloc.

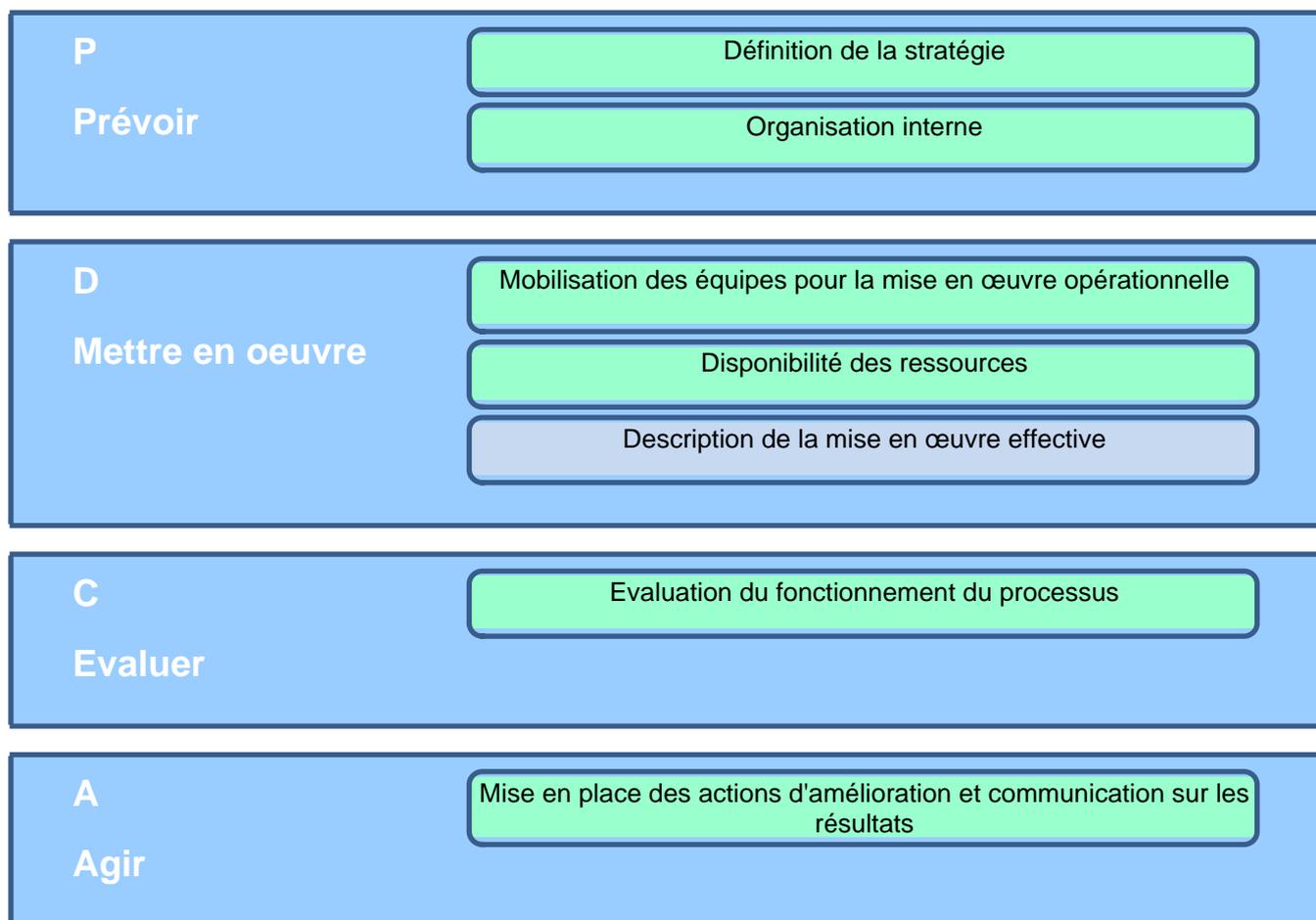
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de naissance est situé au premier étage de l'hôpital, jouxtant le bloc opératoire. Il comprend principalement:

- 1 salle d'accueil et examen
- 2 chambres de pré-travail
- 1 salle nature pour le travail physiologique
- 3 salles de naissance bleue avec baignoire de dilatation, jaune et rose
- 1 accès au bloc opératoire par passerelle
- 1 salle accueil réanimation nouveau-né
- 1 bureau des sages-femmes
- 1 salle de soins avec pharmacie
- 1 salle de stockage en matériels avec le chariot d'urgences vitales

La salle dédiée pour les césariennes est la salle 1 du bloc général opératoire. La visite terrain a concerné la totalité du secteur de naissance. La maternité est classée en niveau 1. Elle adhère depuis 2003 à la charte du réseau de santé périnatal AURORE basé à Lyon et s'intègre dans le récent Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Haut Bugey. Les collaborations inter établissement sont formalisées au sein de conventions afin d'assurer l'orientation pendant la grossesse et les transferts en urgence in utero ou lors du post-partum. Il existe une stratégie validée et des objectifs définis sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques. Le secteur de naissance a décliné et hiérarchisé ses risques en prenant en compte les résultats des indicateurs hémorragie du post-partum, les résultats d'EPP et en élaborant une cartographie des risques. Sur cette base, une priorisation et un plan d'actions reportés dans le compte qualité et retrouvés dans le PAQSS sont élaborés.

ORGANISATION INTERNE

Le cadre maïeuticien est le pilote du processus « Management de la prise en charge du patient en salle de naissance ». Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans la fiche de poste du pilote de processus « Prise en charge dans les secteurs à risque ». Une charte de fonctionnement du bloc obstétrical rédigée et validée en novembre 2016 définit l'organisation des différentes activités, les protocoles d'appel, les modalités de transmission, les ressources humaines et la gestion du matériel spécifique et des médicaments, notamment les stupéfiants. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, conformément aux exigences du décret périnatalité. Les sages-femmes et auxiliaire puéricultrice en maternité disposent d'une fiche de poste. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les ressources documentaires sont définies, disponibles et validées. Les ressources en locaux et matériels sont organisées. Pour les secteurs de naissance, l'interface avec le bloc est prépondérante, formalisée et fonctionnelle. La nécessité de transfert en urgence in utero ou lors du postpartum s'appuie sur la cellule de transferts périnataux de la Région Rhône Alpes (CTPRH). Les autres interfaces avec les secteurs cliniques, les secteurs médicotechniques, les secteurs logistiques et les secteurs administratifs sont formalisées et opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre maïeuticien responsable sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans le secteur de naissance. Elle s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (RMM réseau AURORE/suivi FEI). Les staffs du lundi matin reprennent avec l'ensemble de l'équipe les prises en charge et traitent des problématiques rencontrées. Toutes les situations abordées, les décisions prises et les actions correctrices sont consignées dans un cahier de staff. Les actions correctrices identifiées sont pilotées et mises en œuvre par le cadre maïeuticien.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnel sont disponibles et en conformité avec le décret de périnatalité. Il est fait appel à des professionnels vacataires en anesthésie connus et formés pour pallier les absences et congés. Les formations prévues visant le maintien des compétences (journée de simulation en équipe de la PEC des urgences obstétricales avec le réseau AURORE, journées de l'allaitement, journée de périnatalité, référent en réanimation néonatale, journée de mécanique et techniques obstétricales, hémovigilance et chariot d'urgence, AFGSU) sont mises en œuvre. La documentation est accessible et connue des différents intervenants. Les dossiers papier de suivi de grossesse (AUDIPOG) avec la consultation d'anesthésie des parturientes sont disponibles dans le bureau des sages-femmes. L'accueil des nouveaux arrivants au sein

du pôle femmes enfants est structuré par une procédure d'accueil. Les locaux de la salle de naissance et leurs équipements sont appropriés à la délivrance de soins conformes et sécurisés. Ils permettent de répondre aux besoins des parturientes concernant les modalités de leur accouchement et d'assurer la sécurité des soins pour la mère et le nouveau-né.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de la visite terrain, les professionnels rencontrés ont démontré leur implication dans la mise en œuvre et le respect de l'organisation définie. Les circuits sont connus et respectés. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le contrôle des salles est effectif. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est organisé et tracé. L'hygiène des locaux et la surveillance environnementale est effective. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires et issues de bonnes pratiques reconnues. L'ensemble des données relatives au déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance est tracé dans le dossier papier de la mère. partogramme, compte-rendu d'accouchement, feuille de transmission pour les suites de naissance). La tenue du dossier d'anesthésie et transfusionnel éventuel est assuré. En cas d'hémorragie de la délivrance une feuille de surveillance et traitement spécifique horodatée est utilisée. La sécurité de l'identification des femmes et des nouveaux-nés est organisée

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les indicateurs IPAQSS relatifs à la prévention et la prise en charge des hémorragies du post partum (HPP). Des indicateurs font l'objet d'un suivi de la mise en œuvre par le management. Ils portent sur les données d'activités et l'analyse des dysfonctionnements (indicateurs annuels d'activité dans le cadre du réseau Aurore, tableaux de bord d'activité du secteur naissance, FEI). Des RMM sont réalisées avec le réseau AURORE (4 cas présentés en 2016).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels. Ainsi une fiche de traçabilité des mouvements des dossiers obstétricaux a été élaborée après plusieurs FEI en 2015. Ainsi suite à la RMM du 20/10/2016, la procédure de surveillance après déclenchement artificiel du travail a été modifiée et validée le 01/02/2017. La communication des résultats et suivi des actions est réalisée aux professionnels par voie d'affichage et par le staff du lundi matin.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

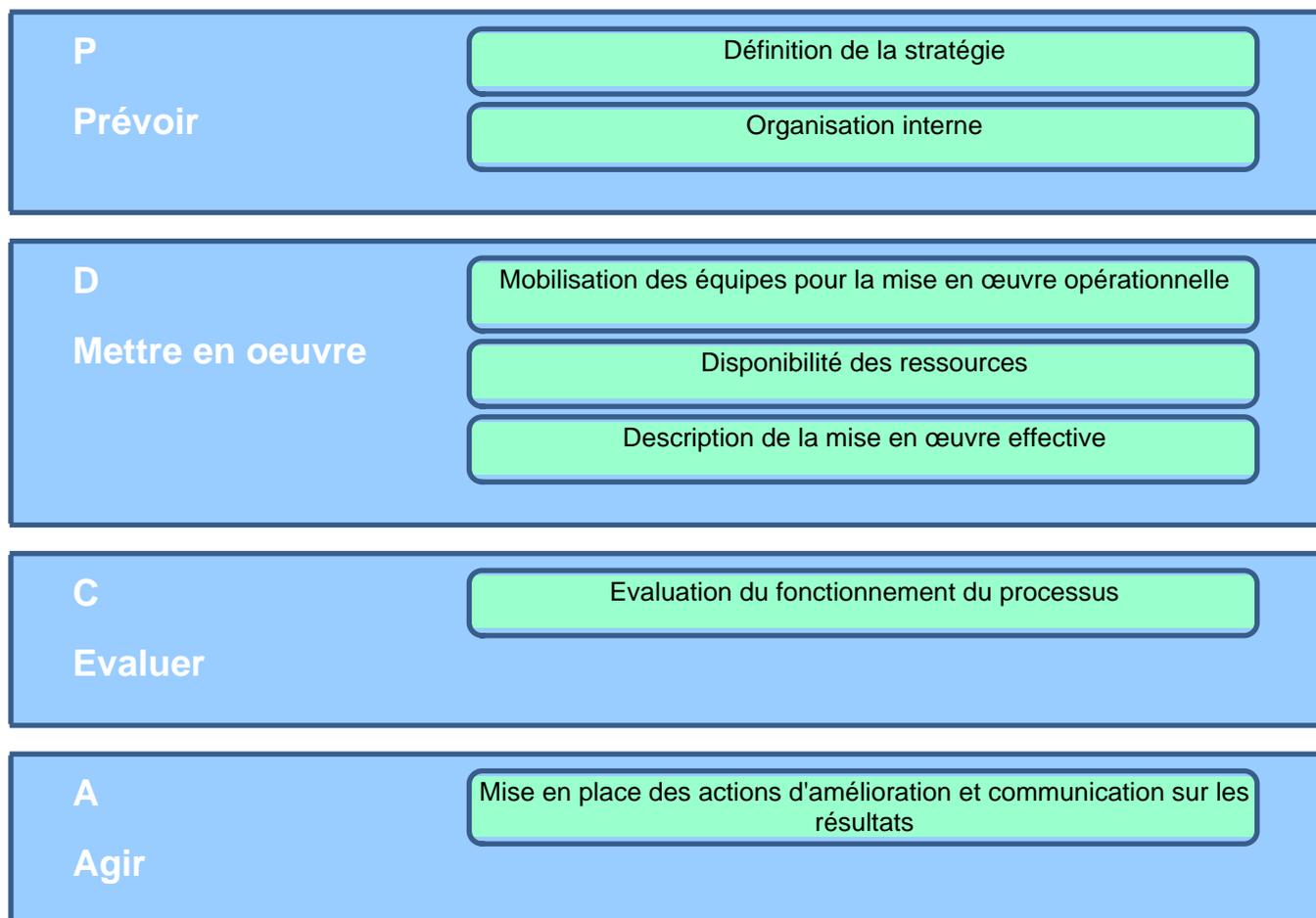
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHHB a développé, dans le cadre de son projet d'établissement 2012-2016, son schéma directeur du système d'information (SDSI). Ces projets ont été soumis et ont été validés par les différentes instances et les tutelles. La stratégie a pour objectif de couvrir l'ensemble des domaines médicaux et médicotechniques, du soin, les aspects logistiques et administratifs en lien avec les activités du CH. Le choix de solutions interoperables et interfacées est privilégié. Le schéma directeur du système d'information a été construit avec comme objectif de parvenir à l'informatisation du dossier patient et de ses différentes composantes, du circuit du médicament, des services médico-techniques, le déploiement d'une messagerie sécurisée, etc. Le choix de la solution retenue notamment pour le dossier patient, associé à un plan de déploiement doit couvrir l'ensemble des activités du CHHB avec la mise en place de logiciels interoperables (Imagerie, labo, prescriptions médicamenteuses) ou l'installation de solutions communes, incluant les besoins spécifiques des secteurs spécialisés (bloc opératoire, consultations externes, ambulatoire) et à échéance non fixée à ce jour de l'anesthésie. Le Schéma directeur informatique actuel (SDSI) a été défini en 2012. La gouvernance du système d'information est sous la responsabilité d'un groupe pluridisciplinaire qui regroupe des professionnels des différents secteurs utilisant le système d'information. Ce groupe de pilotage dénommé SIH travaille en coordination avec le comité opérationnel de la sécurité du système d'information (COSSI) chargé plus particulièrement de veiller à mettre en œuvre la politique de sécurisation du système d'information. Le SDSI comprend un échéancier de déploiement des solutions et applicatifs validé par les instances (directoire, CME, etc...). Ce SDSI a été élaboré dans la continuité du précédent schéma directeur et du précédent projet d'établissement. Il fait l'objet d'une révision annuelle, par le groupe SIH, validée par les instances. Il tient compte du contexte et de l'état des lieux du SI existant et des évolutions d'infrastructures (parc bureautique, serveurs, réseaux, baies de stockage, ...), et de l'ouverture du SI vers la ville (WIFI patients, accès aux examens imagerie, transmission des CR au réseau régional ARS SISRA...). Le SDSI décrit les projets nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie définie, les dates prévisionnelles de réalisation et de déploiement progressif des outils dans les services de soins, les objectifs et les indicateurs de suivi associés. Ces projets se déclinent en fiches-actions. L'estimation des ressources humaines et financières à mobiliser dans le cadre de cette stratégie est définie. Par ailleurs, le CHHB dispose d'une politique de sécurité du SI formalisée et révisée fin 2015. L'identification des risques a été réalisée sur d'une analyse des risques relatif à la gestion des risques de l'information élaborée par les responsables du SI. Pour effectuer cette analyse de risques, l'établissement a bénéficié d'un accompagnement par un consultant spécialisé. Ces éléments ont servi de cadre à la réflexion du groupe SIH avec l'apport complémentaire des synthèses des demandes d'interventions informatiques, de la prise en compte des exigences de la certification, du programme Hôpital Numérique (PHN) et des résultats de l'enquête de satisfaction menées auprès des utilisateurs en 2014. 5 risques ont ainsi été identifiés, hiérarchisés et reportés dans le Compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le groupe de travail à vocation stratégique assure le pilotage du SI. Dans le cadre de la certification, le pilote désigné du processus « système d'information » désigné est le responsable DSIO. Il dispose d'une fiche de missions validée. Il est membre de droit du groupe SIH qu'il anime. Les membres du SIH pilotent le processus en lien avec les membres du comité opérationnel COSSI pluri-professionnel chargé de la mise en œuvre de la politique de sécurisation du système d'information. Le service informatique est structuré. Il est composé de 6 personnes. Les rôles et responsabilités sont définis, via un organigramme formalisé et des fiches de postes. Un Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI) a été nommé. La coordination avec les utilisateurs est assurée, notamment par l'existence de référents qui travaillent en lien étroit avec les responsables du SI et les membres des groupes de travail (SIH et COSSI) et du groupe dossier patient. Le service informatique dispose des documents nécessaires à l'exercice de ses missions (procédures, protocoles). Cette documentation est dématérialisée. Une procédure d'attribution des droits d'accès est en place, elle prend en compte d'une part le profil utilisateur et d'autre part son service d'affectation. Les niveaux d'habilitation sont formalisés pour chaque application. Pour les applicatifs métiers, des responsables professionnels sont désignés, ils disposent des droits d'administrateurs. Ils ont pour missions d'accompagner les équipes (formation, maintenance de 1er niveau). Ils délivrent les droits d'accès des utilisateurs pour le logiciel pour lequel ils ont reçu délégation. Un plan de formation est établi, notamment pour les nouveaux arrivants et à l'occasion des évolutions de versions logicielles. Pour ce qui concerne la gestion des interfaces, le service informatique travaille en lien étroit avec les services techniques et le service biomédical dans le cadre de la GMAO. Un Plan de Reprise d'Activité (PRA) est formalisé depuis 2016. Ce plan de reprise d'activité s'étend à tous les applicatifs relatifs à la prise en charge du patient. Un plan de continuité de service (PCS) est élaboré, il permet de structurer et de formaliser l'ensemble des procédures dégradées à mettre en œuvre sur décision de la cellule de crise

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des plans d'actions sont établis, en lien avec le CQ et le PAQSS. Les professionnels du service informatique, connaissent les objectifs de leur domaine d'intervention. La mobilisation des équipes est effective. Une fonction « support » est opérationnelle aux heures ouvrables pour d'une part recueillir les demandes des utilisateurs et d'autre part répondre à leurs demandes (hotline) selon des niveaux de réponse gradués, en engageant si nécessaire des actions correctives. En dehors des heures de présence, une astreinte est organisée au niveau du CHHB pour le week-end de jour et de nuit. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les référents des différents applicatifs informatiques recueillent auprès des utilisateurs leurs avis et leur degré de satisfaction des solutions en place. Ils en font part lors des réunions régulières des deux groupes de travail (SIH et COSSI). Les indicateurs du PHN sont transmis aux responsables de l'établissement notamment lors des révisions annuelles du SDSI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins pour ce qui concerne les équipements bureautiques dont la maintenance et le renouvellement sont assurés. Le service informatique dispose d'une documentation interne à l'usage de ses agents. Les locaux et équipements sont adaptés. Le CHHB disposent de 2 salles serveurs sécurisées sur le site principal MCO-SSR. Une communication est proposée aux usagers dans le livret d'accueil sur les conditions d'utilisation de leurs données informatiques. La possibilité pour les patients d'utiliser le Wifi est proposée. Elle est organisée et sécurisée (mot de passe et traçabilité de connexion). Une charte de bon usage du système d'information est formalisée, elle a été revue en 2016. Elle est consultable sur intranet. Lors de son embauche le salarié doit prendre connaissance de cette charte et la signer. Chaque professionnel salarié dispose d'un accès nominatif sécurisé par mot de passe aux applications dont il a besoin au regard des fonctions qu'il occupe. Les professionnels des différents services sont soit formés dès leur prise de poste, soit accompagnés par un référent pour les applications utilisées. Les ressources logicielles actuellement déployées favorisent la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité. Le système d'information actuel est structuré, les applicatifs informatiques relatifs à la prise en charge du patient sont interopérables, ce qui facilite la gestion des interfaces et la communication intra-professionnelles. La cohérence des solutions relatives au dossier patient informatisé facilite la coordination de la prise en charge. Le choix des solutions logicielles installées a été effectué en fonction des besoins exprimés par les utilisateurs. Elles permettent la consultation rapide et la centralisation de l'ensemble des données patient. Dans le cadre de la sécurisation des identités des patients, les modalités de gestion des doublons et des modalités de fusion des identités sont définies et mises en oeuvre par les agents des admissions. Seules 2 personnes sont habilitées à les réaliser. Les opérations de fusion des dossiers administratifs et le regroupement des données médicales sont soumises à une validation préalable par le médecin DIM.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les solutions informatiques de gestion des données administratives et médicales du patient ont été progressivement déployées dans le cadre du SDSI depuis les années 2005. La totalité des services est connectée au serveur d'identité. Le déploiement du dossier patient informatisé initié en 2011 est quasiment achevé. Les services médico-techniques disposent d'applicatifs métiers opérationnels et interopérables avec le dossier patient informatisé. Les applicatifs administratifs et logistiques sont déployés et opérationnels. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement ou de panne (recours au service informatique, mise en oeuvre des procédures dégradées existantes). Les logiciels métiers sont connus par les différents professionnels, qui ont été formés à leur utilisation, soit par des formations institutionnelles, soit via des référents au sein de leurs services respectifs, soit par compagnonnage/tutorat. Le recours au service informatique est effectif notamment au moyen de la hotline accessible en journée et dans le cadre de l'astreinte informatique de week-end. Le traitement des EI signalés via le système de signalement du logiciel adhoc est assuré. Les déclarations CNIL sont effectuées. Le service informatique met en oeuvre les mesures de sécurité visant à sauvegarder l'intégrité des données, selon plusieurs dispositifs :

- Une supervision du système réseau qui comprend des alertes sur les points critiques (capacités de stockage des serveurs, anomalie dans la salle d'hébergement d'un serveur par exemple),
 - Pour ce qui relève des risques liés aux intrusions ou aux virus, un système de surveillance interne est installé et actif, sous la surveillance du RSSI.
 - Des sauvegardes hebdomadaires complètes et des sauvegardes incrémentales quotidiennes sont réalisées pour l'ensemble des sites, avec des copies sur les serveurs.
 - Des procédures de récupération sont en place en cas d'événement indésirable grave. Les paramétrages des baies de stockage permettent de retrouver les données antérieures des fichiers.
- Des modalités sont en place en cas de saisies erronées de mot de passe (blocage du poste, mise en

attente avant réactivation et vérifications nécessaires sur l'identité de l'agent effectuant l'opération pour lui rouvrir les droits). Le PCS fait l'objet d'un test annuel mis en place depuis 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus "système d'information" bénéficie d'évaluations sur différents champs de son périmètre. Plusieurs indicateurs sont suivis sur des domaines ciblés ou des fonctions précises (fonction "support", suivi des sauvegardes, ...). Le CHHB recueille les indicateurs du programme hôpital numérique pour mesurer le suivi des évolutions du SI. La traçabilité des actions s'applique notamment aux connexions, aux d'opérations réalisées sur les bases de données en réseau, à l'utilisation d'internet et de la messagerie électronique. Les accès aux postes de travail, aux répertoires partagés et aux bases collaboratives sont également enregistrés. Un dispositif d'évaluation de la sécurité est en place (suivi des intrusions, des pannes, ...), des tableaux de bord sont tenus à jour. Une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs a été menée en 2014. La satisfaction des utilisateurs est par ailleurs communiquée aux responsables du SI par les référents professionnels des applicatifs métiers qui sollicitent les avis des professionnels de terrain. Une synthèse et un bilan annuels des interventions sollicitées auprès de la hotline du SI sont réalisés. Une analyse des interventions par thème et par secteur concerné est réalisée et communiquée tant à la direction qu'auprès des responsables de secteurs. Un bilan d'activité annuel du SI est établi et notamment relatif aux d'interventions par secteurs. Le taux de disponibilité des applicatifs est connu et suivi. Les résultats de ces indicateurs sont connus des différents responsables. Ils sont communiqués aux instances (Directoire, CME, CSIRMT) aux équipes polaires. Ils sont communiqués aux équipes lors des réunions organisées par les responsables de services.

A / AGIR

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

Le PAQSS "système d'information" est décliné par le groupe de pilotage sous la responsabilité de la direction de l'établissement. Les modalités de communication et de retour d'information envers les professionnels sont en place, via les réunions, instances, ou par différents vecteurs de communication : intranet, sessions d'accueil des nouveaux arrivants, des cadres, etc. Le groupe SIH prévoit dans sa révision annuelle du SDSI et suite aux réunions prévues la mise en place des actions d'amélioration en cas de besoin et lors des évolutions logicielles. La déclinaison des actions d'amélioration prévue dans le CQ, malgré l'absence de modalité de suivi, est mise en oeuvre en conformité avec le calendrier initialement déterminé. Certaines actions sont en cours de mise en oeuvre même ce PA est relativement peu déployé au jour de la visite.