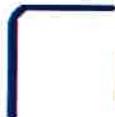




HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CH WILLIAM MOREY
CHALON-SUR-SAONE
CH SPECIALISE DE SEVREY
CH CHAGNY**

**4 rue capitaine drillien
71100 CHALON SUR SAONE
NOVEMBRE 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	24
PARCOURS DU PATIENT	32
DOSSIER PATIENT	42
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	52
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	61
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	66
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	74
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	79
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	85
ANNEXE	92

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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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 WILLIAM MOREY	
Adresse	4 rue capitaine drillien 71100 CHALON SUR SAONE
Département / région	SAONE-ET-LOIRE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	710781592	CENTRE HOSPITALIER DE CHAGNY	16 rue de la boutiere 71150 Chagny
Entité juridique	710780958	CENTRE HOSPITALIER WILLIAM MOREY	4 rue capitaine drillien 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	710781329	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SEVREY	55 rue Auguste Champion SEVREY 71331 Chalon Sur Saone
Etablissement de santé	710009929	CMP LA ROMANE (INFANTO JUVÉNILE)	2 rue charnay 71700 Tournus
Etablissement de santé	710009689	CATTP LES VOISOTTES	2 rue du professeur calmette 71200 Montchanin
Etablissement de santé	710978263	CENTRE HOSPITALIER WILLIAM MOREY	4 rue capitaine drillien 71100 CHALON SUR SAONE
Etablissement de santé	710007873	CMP - CATTP L'ETOILE (INFANTO JUVÉNILE)	4 avenue saint exupery 71300 Montceau-Les-Mines

Etablissement de santé	710009028	CMP DU CHALONNAIS	37bis rempart saint-vincent 71100 Chalon Sur Saone
Etablissement de santé	710007329	HOPITAL DE JOUR "NUANCES" (INFANTO JUVÉNILE)	320 avenue boucicaut 71100 Chalon Sur Saone
Etablissement de santé	710009499	CMP LE CREUSOT (INFANTO JUVÉNILE)	23 rue de la chaise 71200 Le Creusot
Etablissement de santé	710009408	CMP ET CATTP TIRESIAS	65-67 rue anatole france 71200 Le Creusot
Etablissement de santé	710009739	CMP MONTCHANIN (INFANTO JUVÉNILE)	Espace tuilerie 12 rue lamartine 71210 Montchanin
Etablissement de santé	710978230	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE SEVREY	55 rue auguste champion Sevrey 71331 Chalon Sur Saone
Etablissement de santé	710009598	CMP AQUARELLE (INFANTO JUVÉNILE)/ CMP CATTP ADULTES "LE TEMPS RETROUVE"/HOPITAL DE JOUR ADULTES	20 rue des bordes 71500 Louhans
Etablissement de santé	710009978	ATELIER THERAPEUTIQUE L'OASIS	Les armorands 71240 Varennes Le Grand
Etablissement de santé	710007881	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES GLORIETTE	36 bis rue gloriette 71100 Chalon-Sur-Saone
Etablissement de santé	710014929	CMP CHALON JEAN JAURES (INFANTO JUVÉNILE)	24 avenue jean jaures 71100 CHALON SUR SAONE
Etablissement de santé	710010950	HOPITAL DE JOUR ENFANTS LES CEDRES BLEUS	7 rue claude bernard 71100 Lux
Etablissement de santé	710973629	CATTP LA FARANDOLE (INFANTO JUVÉNILE)	32 boulevard henri paul schneider 71200 Le Creusot

Etablissement de santé	710008988	CATTP LE CAP	22 rue saint martin des champs chalon 71100 Chalon Sur Saone
Etablissement de santé	710009259	CMP AUTUN PEDO (INFANTO JUVÉNILE)/CMP ADULTES/CATTP LA NACELLE	16 rue bernard renault 71400 Autun
Etablissement de santé	710978107	CENTRE HOSPITALIER DE CHAGNY	16 rue de la boutiere 71150 Chagny

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	93	/	10	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	38	4	/	/
MCO	Médecine	309	22	/	10916
Santé mentale	Psychiatrie générale	323	61	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	10	76	/	/
SSR	SSR	42	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Droits des patients

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux

Dossier patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

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
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
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	/	Médecine Chalon - Cardiologie	/	Si possible passage par les urgences	Complexe	MCO
2	/	Médecine Chalon - HDJ oncologie	/	Programmé	Simple	MCO
3	/	Médecine gériatrique Chagny	/	/	Complexe	MCO
4	/	Chirurgie HC Chalon - ORL	/	Si possible passage par les	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
				urgences		
5	/	Chirurgie ambulatoire Chalon - Orthopédie	/	Programmé	Simple	MCO
6	Mère / Enfant	Maternité Chalon	Césarienne programmée ou en urgence	/	Complexe	MCO
7	/	SSR	/Ostéosynthèse/ Col fémoral	Mutation ou transfert MCO	Complexe	SSR
8	Adulte	Santé mentale - Pole d'admission court séjour	/	Si possible passage par les urgences du CH Chalon	Complexe	Santé mentale
9	Adulte	Santé mentale - Pole PRISME	/	/	Complexe	Santé mentale
10	Enfant	HDJ Infanto - Juvénile	/	/	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

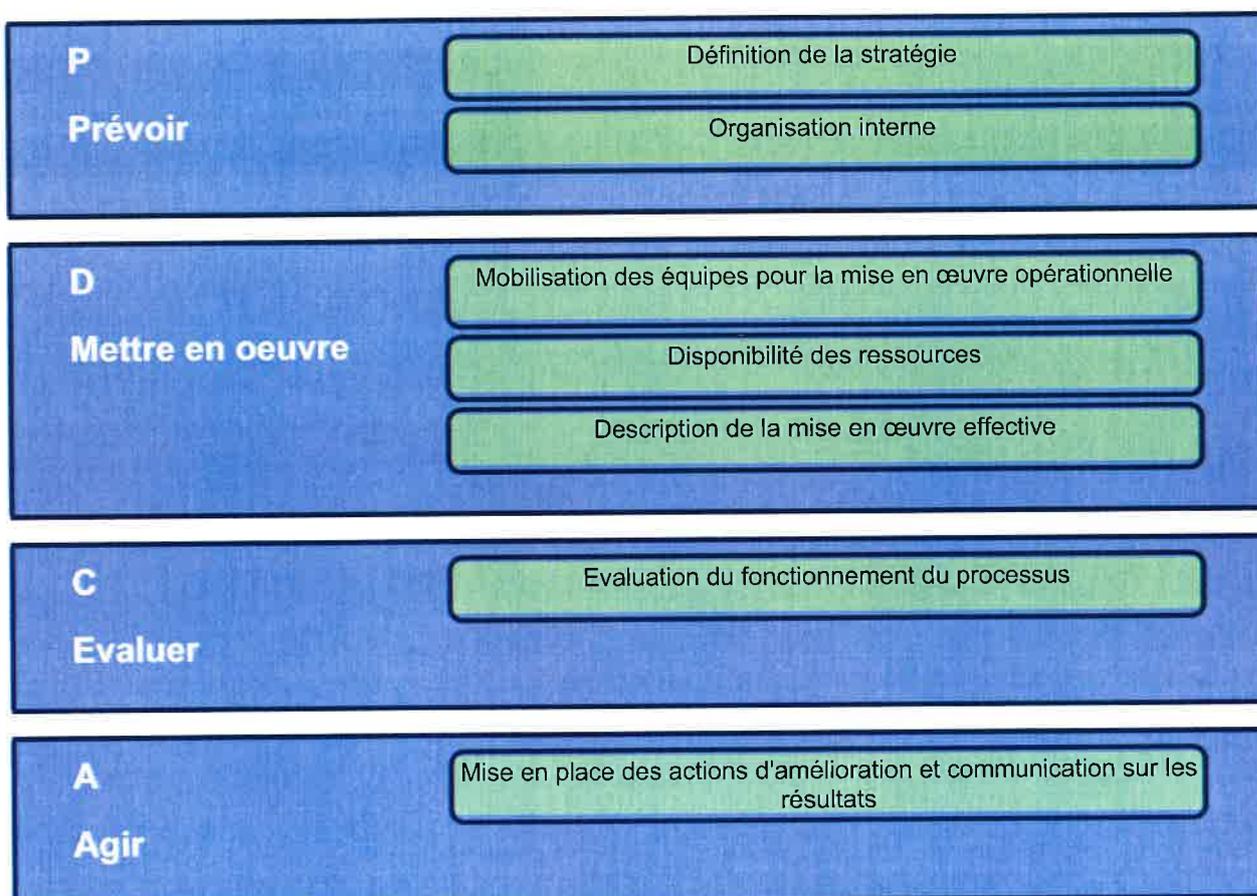
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique et des objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres au GHT Saône et Loire Bresse Morvan (« Politique qualité GHT 2018-2020 »), qui comprend 8 établissements de santé dont 3 ont souhaité avoir une démarche de certification commune, les CH de Chalon sur Saône, Sevrey et Chagny.

Plusieurs thématiques ont été intégrées au périmètre du Management de la qualité et des risques du GHT :

- Politique qualité
- Droits du patient
- Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC
- Gestion du risque infectieux
- Gestion du système d'information.

Cette politique, portée par le management, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le PAQSS prend en compte l'ensemble des éléments attendus, en particulier pour les thématiques traitées au niveau du GHT.

Trois enjeux ont été identifiés :

- Promouvoir une culture commune de la qualité/sécurité des soins au sein du GHT
- Contribuer à l'amélioration continue des organisations intra et inter établissements
- Rationaliser les modes de gestion des démarches qualité/risques.

Quatre objectifs opérationnels ont été formalisés :

- Mettre en place les conditions nécessaires à une certification commune à tous les établissements du GHT
- Accompagner les porteurs de filière du Projet Médical et de Soins Partagé de Territoire (PMSPT) dans la définition de leurs organisations et la gestion des risques
- Organiser une gestion commune des risques et des vigilances
- Créer une dynamique d'évaluation croisée.

Un Comité de coordination a été mis en place au niveau du GHT (« Règlement intérieur du comité de coordination qualité GHT », Organigramme « Coordination territoriale »). Il se décline en un comité de coordination qualité pour chacun des sites parties du GHT avec en sus une coordination commune pour les 3 établissements ayant fait le choix d'une certification commune. Une « organisation méthodologique V2014 de la certification commune des établissements de Chalon, Chagny et Sevrey » a été formalisée. Cette identification et cette hiérarchisation des actions s'appuient sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori, permettent de répondre aux objectifs de maîtrise des risques et sont adaptées au contexte et aux spécificités de l'établissement.

Pour l'identification et l'analyse des missions et des risques il a été tenu compte :

- des données accessibles (orientations nationales et régionales, IQSS, précédents résultats de certification, événements indésirables, plaintes, réglementation, questionnaires de satisfaction)
- de la participation des professionnels à l'identification des besoins et à l'analyse des risques
- de la hiérarchisation des risques selon une méthode définie.

Le GHT a bénéficié d'un audit externe réalisé en 2016 par l'ARS (« Pilotage des risques et de la qualité/Politique générale) et de ses recommandations. La démarche d'évaluation des risques a priori et le dispositif de gestion des événements indésirables permettent une hiérarchisation de risques et les modalités de leur traitement, selon une méthode définie, associant les acteurs concernés. Cette politique se traduit dans une stratégie institutionnelle, s'appuyant sur la vision qu'a le top management des enjeux relatifs au processus ; de son élaboration concertée (notamment avec les professionnels et la commission des relations avec les usagers) ; de ses modalités de diffusion et de communication à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Cette stratégie concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Les représentants des usagers ont été associés à l'

élaboration et la mise en œuvre du PAQSS, notamment dans le cadre de la CDU. Des objectifs d'amélioration mesurables et priorités ont été identifiés en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques. Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques est coordonnée, aux niveaux stratégiques (GHT) et opérationnel (GHT, sites hospitaliers). Ces objectifs stratégiques sont inscrits dans un programme institutionnel d'action (formalisé, priorisé, unique), qui prévoit ses modalités de mise en œuvre et a été présenté aux instances des établissements (CME, CSIRMT, CDU) et du GHT (Comité stratégique). Le CQ a vocation à rendre visibles les priorités stratégiques de l'établissement.

Les ressources mobilisées pour son élaboration ont été :

- Un compte qualité territorial unique et partagé par tous les acteurs, incluant l'ensemble des cartographies de risques de tous les établissements
- Les bases documentaires partagées entre les établissements et une base commune pour les documents d'application territoriale
- Un outil collaboratif pour l'échange des données relatives aux risques (en cours de développement)
- La certification ISO 9001 de la Direction Qualité de l'établissement support du GHT au profit d'une organisation territoriale.

Deux plans d'actions ont été définis et priorités dans le Compte Qualité :

Mettre en place un management territorial de la Qualité

- Installer les conditions de fonctionnement de management des démarches Qualité et gestion des risques en lien avec chaque directeur délégué des établissements en Direction Commune et élargir cette réflexion aux autres établissements du GHT

- Mettre en place une coordination de gestion territoriale des risques et des vigilances
- Mettre en œuvre la fiche projet ARS "Management territorial de la qualité".

Partager les données entre les établissements du GHT

- Généraliser l'utilisation du Compte Qualité unique sur un outil commun
- Mettre en place une base documentaire commune à l'ensemble des établissements du GHT
- Identifier et gérer les risques liés aux parcours patients issus des filières du PMSPT.

L'établissement a répondu à un appel à projet national sur la thématique « Management territorial de la qualité » avec pour objectif de « mettre en place une organisation commune des compétences et des moyens qualité ».

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus « Management qualité et gestion des risques ». Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (« Environnement et mission du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins » pour exemple). Les dispositifs de vigilance, veille sanitaire, et gestion globale de la qualité et des risques est coordonnée. Le groupe en charge du pilotage opérationnelle s'assure de la déclinaison structurée du PAQSS institutionnel pour chacun des sites. Ce pilotage a en particulier la mission de suivre le volet qualité du projet médical et de soins partagé du territoire, en particulier lors de l'identification des filières de soins et de leur déclinaison (Infectiologie, Périnatalité, Filière gériatrique pour exemples).

Des ressources existantes ou à venir ont été définies :

- Structurer la coordination des équipes qualité de chaque établissement et valoriser leur apport méthodologique et technique
- Inclure les usagers dans les réflexions et les projets
- Inventorier l'organisation du recours aux compétences spécifiques de chacun des sites pour optimiser les prises en charge (compétences médicales, paramédicales, techniques) et en réaliser un annuaire à disposition de tous
- Mettre en place un logiciel de gestion documentaire commun, permettant également de déclarer les événements indésirables intra et inter sites.

Un macro-processus CHWM a été élaboré dans la gestion documentaire, reprenant la déclinaison de l'organisation qualité du GHT selon les 3 axes suivants : « Management », « Prise en charge » et « Fonction supports ». Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. L'établissement identifie les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus et planifie les actions de formation nécessaires. Un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction est organisé. Un système structuré de gestion documentaire commun a été déployé. La diffusion des modalités d'accès permettant de toucher l'ensemble des professionnels concernés est organisée. L'identification des ressources matérielles nécessaires a été réalisée pour ce processus. L'établissement a

défini et organisé les différents circuits et interfaces entre le comité de coordination qualité et les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management en charge de la qualité de chaque site organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le management (GHT, sites) sensibilise les professionnels sur les risques identifiés (actions de communication, informations régulières). Le management (sites) s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, indicateurs). Le management des secteurs communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en lien avec le processus et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur. Selon ces besoins et risques spécifiques, il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, identifie des objectifs traduits en actions opérationnelles dans le cadre de la déclinaison du PAQSS et les met en œuvre. Il s'assure que les points critiques sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles). Les professionnels sont sensibilisés aux risques, objectifs et plans d'actions et les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur d'activité. Pour exemples :

- Elles participent à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI et EIG ; aux démarches EPP, aux RMM, aux CREX, au traitement des plaintes et réclamations

- Elles ont accès aux résultats de leurs indicateurs et autres évaluations et des temps collectifs sont prévus pour échanger sur leurs résultats et réfléchir aux actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les compétences et effectifs nécessaires sont disponibles et les professionnels participant à la démarche qualité sont formés. Ceci inclus l'équipe en charge de la qualité et gestion des risques de chacun des sites, les référents qualité de chacun des pôles, les référents de chacune des vigilances. Les professionnels participent à l'élaboration et la mise à jour des protocoles et procédures dans un dispositif de gestion documentaire opérationnel et connu (GED), non totalement finalisée au moment de la visite de certification. Les outils nécessaires sont disponibles pour la réalisation des activités identifiées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la mise en place et le suivi des actions qualité définies. Les interfaces sont opérationnelles entre le comité de coordination qualité et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques et administratifs. La traçabilité est assurée (comptes rendus de réunion pour exemples). Une information des professionnels aux modalités d'accès à la GED a été réalisée dans les 3 sites. Toutefois, le dispositif de gestion documentaire institutionnel (dont la GED) n'est pas totalement déployé, mis à jour, ni connu de tous les professionnels. Il a été constaté lors des parcours (Chalon, Sevrey) de nombreux protocoles non encore au format "qualité", affichés ou dans des classeurs, ne respectant pas la procédure de gestion documentaire institutionnelle. Certains protocoles jugés obsolètes ont été immédiatement retirés par le personnel d'encadrement lors du parcours (Service d'addictologie sur Sevrey, de réanimation sur Chalon). Certains protocoles sont enregistrés dans la GED sans les 3 niveaux de signatures exigées par l'établissement (« Protocole dilution-préparation de drogues en parentéral au long cours en néonatalogie » Chalon sur Saône). Des modalités d'administration anticipée par l'infirmière en néonatalogie, avec validation attendue a posteriori par le pédiatre, sont intégrées au module de prescription spécifique au DPI de ce secteur d'activité sans formalisation d'un protocole au format prévu par l'établissement. Le service de réanimation, qui réalise 150 endoscopies bronchiques par an avec du matériel à usage unique, n'a pas formalisé de procédure dédiée (modalités opératoires, PEC de l'urgence). La majorité des professionnels rencontrés lors des parcours, s'ils connaissent le dispositif de GED et ont reçu des formations institutionnelles régulières, n'ont pas su trouver le protocole recherché. Pour chacun des sites, chaque instance a défini la périodicité des réunions et produit un compte rendu. Au niveau du pilotage institutionnel, les modalités de suivi sont définies avec un calendrier prévisionnel. L'analyse et le retour vers les secteurs d'activité d'une analyse des EI déclarés est effective. Le suivi de l'engagement de chaque secteur d'activité dans une démarche d'EPP est assuré.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité). L'établissement s'est en particulier engagé dans des démarches de certification ISO :

- ISO 9001 pour la Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus ; la Chambre Mortuaire ; l'Unité de Reconstitution des Chimiothérapies, la Direction Qualité Clientèle Risques Développement Durable ; le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences.
- ISO 22000 pour l'Unité Centralisée de Production des Repas.

Un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement est défini. L'exploitation des plaintes et réclamations, impliquant les représentants des usagers, est organisée et utilisée pour l'actualisation du PAQSS.

La stratégie des EPP est définie avec un engagement effectif des professionnels. Elle reste au moment de la visite de certification une juxtaposition des actions par site selon des modalités définies (« Politique des EPP » pour Sevrey, « Commission des EPP » pour Chalon, pour exemples) avec une initiation d'EPP intra et hors GHT. Le site de Chalon a plus particulièrement privilégié 3 modes d'EPP (CREX, RMM et Staff EPP). Le suivi de la satisfaction des usagers est organisé et suivi (pour exemple le questionnaire ciblé en chirurgie ambulatoire). Les pilotes stratégique et opérationnel du processus disposent d'outils (notamment de tableaux de bord) permettant le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de traitement des risques, dont le suivi des points jugés critiques. Toutefois, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins territorial, n'est pas évalué ni réajusté du fait de la jeunesse de sa rédaction. Les deux actions priorisées et initiées, "Mettre en place un management territorial de la qualité" et "Partager les données entre les établissements du GHT", à ce stade de leur déploiement, ne sont pas évaluées. Une évaluation à un an est prévue (Fin 2018).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne (document « Certification HAS V2014 », journaux internes, pour exemples) comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Pour la partie du PAQSS relevant du GHT, du fait d'une mise en place récente, un réajustement du programme n'a pu encore être réalisé.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Le dispositif de gestion documentaire institutionnel (dont la GED) n'est pas totalement déployé, mis à jour, ni connu de tous les professionnels.</p> <p>Il a été constaté lors des parcours (Chalon, Sevrey) de nombreux protocoles non encore au format "qualité", affichés ou dans des classeurs, ne respectant pas la procédure de gestion documentaire institutionnelle. Certains protocoles jugés obsolètes ont été immédiatement retirés par le personnel d'encadrement lors du parcours (Service d'addictologie sur Sevrey, de réanimation sur Chalon). Certains protocoles sont enregistrés dans la GED sans les 3 niveaux de signatures exigées par l'établissement (« Protocole dilution-préparation de drogues en parentéral au long cours en néonatalogie » Chalon sur Saône). Des modalités d'administration anticipée par l'infirmière en néonatalogie, avec validation attendue a posteriori par le pédiatre, sont intégrées au module de prescription spécifique au DPI de ce secteur d'activité sans formalisation d'un protocole au format prévu par l'établissement. Le service de réanimation, qui réalise 150 endoscopies bronchiques par an avec du matériel à usage unique, n'a pas formalisé de procédure dédiée (modalités opératoires, PEC de l'urgence). La majorité des professionnels rencontrés lors des parcours, s'ils connaissent le dispositif de GED et ont reçu des formations institutionnelles régulières, n'ont pas su trouver le protocole recherché.</p>	5c
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins territorial, n'est pas évalué ni réajusté du fait de la jeunesse de sa rédaction.</p> <p>Les deux actions priorisées et initiées, "Mettre en place un management territorial de la qualité" et "Partager les données entre les établissements du GHT", à ce stade de leur déploiement, ne sont pas évaluées. Une évaluation à un an est prévue (Fin 2018).</p>	8a

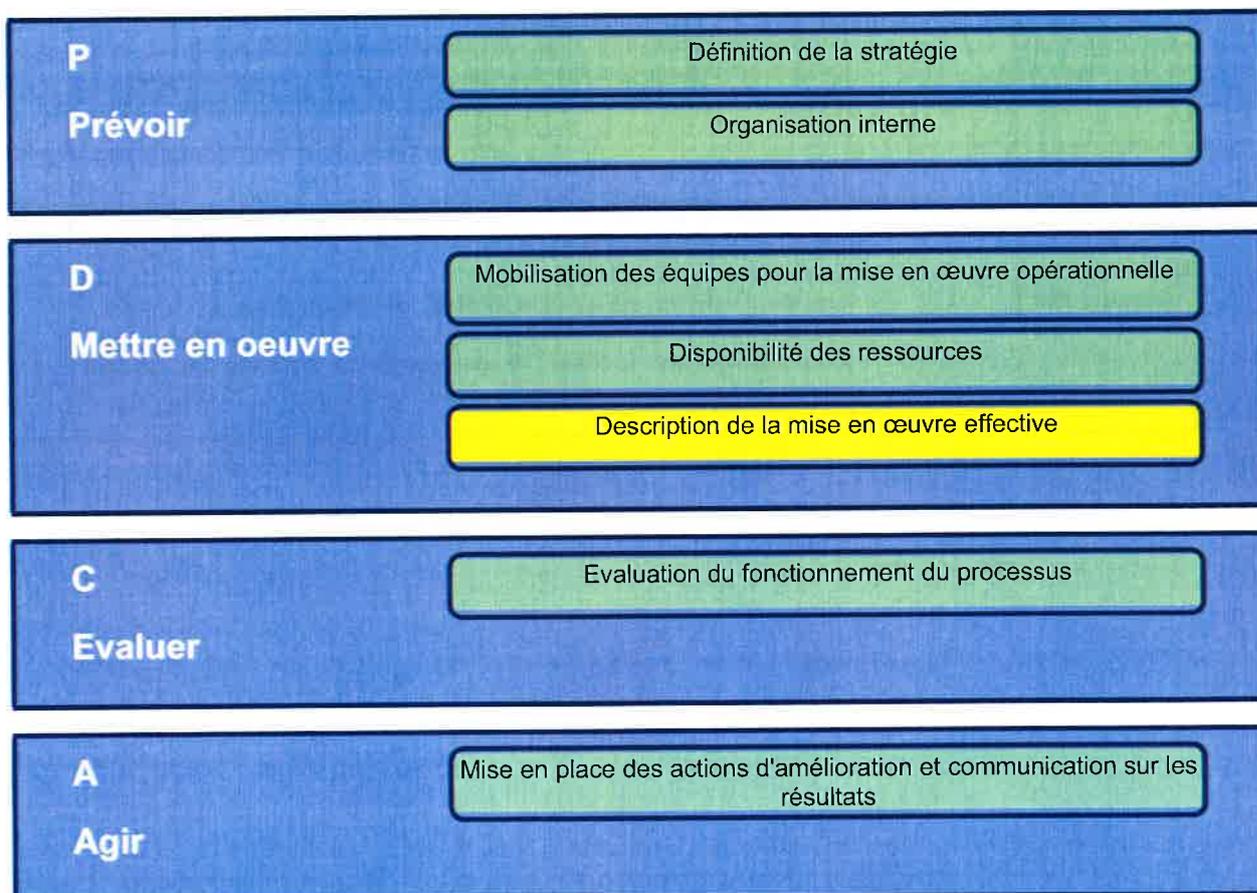
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La gestion du risque infectieux est une des thématiques communes du GHT. Une politique et des objectifs, ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres au risque infectieux du GHT. Cette politique, validée par les instances concernées dont les CME des 3 sites, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Cette politique se décline par site. Il a été tenu compte, pour l'identification des besoins et de l'analyse des risques :

- de l'utilisation de données (IQSS, précédents résultats de certification, évènements indésirables, réglementation) ;
- de la participation des professionnels à l'identification des besoins et à l'analyse des risques ;
- de la hiérarchisation des risques selon une méthode définie et commune pour l'alimentation du compte qualité.

Cette analyse des missions et des risques est inscrite dans une stratégie institutionnelle (GHT) de promotion d'une culture commune de la qualité et de la sécurité des soins pour le risque infectieux. Ainsi, 5 enjeux ont été définis pour assurer cette promotion :

- Culture de prévention et de maîtrise du risque infectieux
- Partage de l'information (gestion documentaire commune)
- Soutenir les formations et communications
- Évaluations régulières
- Préservation de l'écologie bactérienne (sélection, diffusion de la résistance).

Les organisations existantes sur chaque site (Équipe Opérationnelle d'Hygiène, CLIN, protocoles, formation, communication...) ont été conservées pour le niveau opérationnel, une coordination regroupant les compétences des établissements sur le risque infectieux en assure le pilotage au niveau du GHT. Le GHT a défini ses priorités et identifié des objectifs d'amélioration mesurables, en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques, dont 5 sont communs. L'identification et la hiérarchisation des actions s'appuient sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori et sont adaptées au contexte et aux spécificités des établissements du GHT. Les premiers travaux sur la hiérarchisation des risques, conduits sur chaque site, ont été revus selon une méthodologie unique, permettant d'intégrer les 5 risques jugés prioritaires pour le GHT. L'établissement a traduit ses objectifs stratégiques dans un programme institutionnel d'action formalisé, priorisé et unique. Ses modalités de mise en œuvre sont définies. Ce programme a été présenté et validé par les instances concernées de chaque site (CLIN, CME) et par le Comité médical du GHT. Le Compte Qualité a vocation à rendre visibles les priorités stratégiques de l'établissement. 5 objectifs de maîtrise ont été priorisés :

- Grippe nosocomiale (promotion de la vaccination)
- Légionellose nosocomiale (identification des patients à risque)
- Retard à l'antibiothérapie efficace sur bactériémie
- Antibiothérapie non optimale (réévaluation à 48-72h)
- Environnement (dont celui lié à l'entretien des locaux).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une « fiche des missions des pilotes de thématiques ». Le groupe en charge du pilotage est composé de 8 professionnels. 3 sous-groupes de travail ont été identifiés (Hygiène, antibiothérapie, externalisation) pour former in fine un groupe de synthèse. La fonction de « référent en antibiothérapie » est formalisée dans une lettre de mission. La « maîtrise du risque infectieux (8g) a été supervisée plus particulièrement par le CLIN et le « bon usage des antibiotiques (8h) » par la CAI, avec pour chaque risque un suivi de l'état d'avancement et la définition d'indicateurs d'évaluation. La politique générale d'antibiothérapie est formalisée. La démarche territoriale en infectiologie est précisée dans une fiche détaillée. L'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires au regard des besoins et risques identifiés. Ont été analysés en particulier les évènements indésirables (EI) déclarés et les RMM en lien avec le risque infectieux, les rapports externes (ERS, DDPP) et les tableaux de bord nationaux. L'établissement a identifié les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus et planifie les actions de formation nécessaires. Les plans de formation sont spécifiques à chaque site, sur des thématiques en partie commune pour le GHT. Les documents (procédures, protocoles) jugés nécessaires sont actualisés et accessibles pour les professionnels dans la GED de chaque site. Les modalités définies pour l'entretien des locaux font l'objet,

pour exemple, d'un suivi en termes de moyens et de résultat, dont l'externalisation de ces fonctions pour le site de Chalon. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La coordination entre les pilotes de processus et les responsables fonctionnels est organisée par les 2 niveaux d'intégration de la démarche, commune aux 3 sites pour le niveau stratégique et opérationnelle sur chacun des sites.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Un organigramme commun aux 8 établissements du GHT précise les ressources et les compétences de chaque EOH dans une déclinaison par site. Les effectifs (ETP) sont définis pour chacun des 3 sites, pour le temps médical et soignant. Une « charte de fonctionnement des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière sur le territoire du GHT Saône et Loire Bresse Morvan » précise les modalités organisationnelles des EOH du GHT. Les RCP sur les infections ostéoarticulaires sont organisées et opérationnelles. L'organisation de la « prévention du risque de Légionellose » est formalisée. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le management des secteurs communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en lien avec le processus « risque infectieux » et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Pour le bon usage des antibiotiques, la CAI a identifié 5 risques dont 2 sont communs au GHT et suivis selon l'organisation commune définie, 3 risques sont spécifiques au site de Chalon et font l'objet d'un plan d'actions ciblées avec un suivi particulier à ce site. Une attention est portée au retour d'analyse des EI dont certains peuvent faire l'objet d'une analyse approfondie en CREX ou en RMM. Une attention est portée, également, sur la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles). Les professionnels rencontrés lors des parcours sont sensibilisés aux risques infectieux identifiés et au respect des bonnes pratiques. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les compétences et les effectifs nécessaires (EOH) sont définis pour chacun des sites. Une actualisation des procédures et des protocoles a été effectuée pour une mise en conformité et un accès possible dans la GED. De nouveaux protocoles ont été réalisés en lien avec les risques identifiés, pour exemple « Alerte hémocultures ». Les professionnels rencontrés lors des parcours ont connaissance de la GED mais ont parfois recours à des supports « papiers » non systématiquement actualisés ni au format « qualité » défini par l'établissement, ne respectant pas la procédure de gestion documentaire institutionnelle. Les professionnels rencontrés ont bénéficié d'une formation mixte, par compagnonnage et par les actions de formation et de sensibilisation organisées par l'EOH de chaque site visité. Des formations périodiques à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux, intégrées au plan de formation de chaque site, sont réalisées selon un calendrier défini. Des formations et des actions de sensibilisation sont aussi organisées pour le bon usage des antibiotiques. Elles s'inscrivent dans un dispositif plus large de promotion du bon usage des antibiotiques et d'un dispositif de surveillance épidémiologique des BMR. Pour exemple la formation magistrale « Réactualisation des connaissances en hygiène » (Chalon, 4 sessions par an pour les infirmières et 4 pour les aides-soignantes). Des supports spécifiques sont réalisés (« Microbes » à destination des IDE). L'EOH participe à la formation des nouveaux arrivants (selon des modalités différentes pour chacun des 3 sites, pour exemple, 2 sessions annuelles sur CHALON sur SAÔNE). Les professionnels ont le matériel disponible pour la réalisation de leur activité. Il a été tenu compte des recommandations faites lors des visites extérieures (HAS, ARS, ...) dont le risque lié à la légionellose. L'EOH suit pour chaque veille à ce que les conditions d'hygiène des locaux soient optimales. Ce suivi est défini et organisé au niveau du groupe de pilotage et il est décliné par site, avec un suivi particulier pour l'externalisation de l'entretien des locaux sur le site de CHALON sur SAÔNE.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les professionnels connaissent les modalités organisationnelles (EOH) et opérationnelles (protocoles) définies. Cependant, les règles établies pour la maîtrise du risque infectieux ne sont pas systématiquement respectées dans les unités de soins. Il a notamment été constaté sur les Centres Hospitaliers de Chalon et de Sevrey des problématiques de stockage des déchets : un local intermédiaire DASRI ouvert (porte bloquée par un chariot, contenant un container à DASRI ouvert), date d'ouverture des collecteurs à aiguilles et objets tranchants anticipée par erreur, non-respect des limites de durées d'ouverture des collecteurs à aiguille (la date de limite de durée d'ouverture était un peu effacée il fallait lire 2018 à la place de 2016). L'ensemble de ces constats sont en contradiction avec les modalités

définies dans les procédures "Évacuation des DASRI" de janvier 2018 et "Utilisation des collecteurs à aiguilles et objets tranchants". Par ailleurs, les constats réalisés ont également montrés des problématiques liées à la maîtrise du risque infectieux en restauration. Il a été observé en parcourant sur le Centre Hospitalier de Chalon une pаниère destinée à la livraison du pain, posée à terre devant l'office d'un secteur de soins. Cette pаниère contenait des vêtements à usage professionnel de l'équipe en charge de la préparation des repas. La coordination des professionnels pour la prise en charge du risque infectieux est assurée. L'organisation mise en place permet de respecter des circuits définis même s'il a été constaté des écarts de pratiques sur les tenues professionnelles au bloc opératoire. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, en particulier pour le circuit des déchets. Les instances définies pour la maîtrise du risque infectieux planifient leurs réunions périodiques (4 réunions du CLIN pour chacun des 3 sites, en 2017). Des réunions sont organisées sur chaque site par l'EOH avec les secteurs de soins (5 sur Chalon et 3 sur SEVREY en 2017). La traçabilité des actions est assurée, pour exemple l'application des précautions complémentaires et ses modalités dans les services de maladies infectieuses et de réanimation au Centre Hospitalier de Chalon. Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, ainsi que les procédures d'hygiène des locaux, sont faites en lien avec l'EOH. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24° et la 72° heure est organisée et tracée dans le DPI avec une alerte non bloquante.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité). Les modalités d'évaluation sont définies. Des indicateurs internes permettent une évaluation du risque infectieux (partage des grilles d'évaluation, mise en place d'évaluations communes avec audit croisé) et du bon usage des antibiotiques (suivi du nombre de consultations du référentiel, d'avis d'infectiologie, audits communs). L'externalisation de l'entretien des locaux est évaluée et un bilan annuel des évaluations produit. La traçabilité de l'information « BMR » sur la lettre de sortie, le suivi de la consommation antibiotiques et des résistances en réanimation et surveillance continue, le suivi des avis en infectiologie » sont suivis. Des travaux sont conduits à l'échelle du GHT, pour exemple les objectifs et indicateurs de l'« Infectiologie de territoire ». Les indicateurs nationaux sont suivis pour chaque site (ICATB, ICABMR, ICALIN, ICSHA, ICALISO), ainsi que leur évolution (outil de parangonnage). Des EPP sont réalisées sur cette thématique « RCP pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires » (CHALON sur SAÔNE), « Cathéter sous cutané » et « La prescription des antibiotiques » (Chagny).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, en particulier sur la base des indicateurs de suivi définis pour chaque action priorisée du CQ du GHT. Des supports et modalités de diffusion sont établis, pour exemple « la grippe : qui l'attrape...la donne ». La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers (CRU). La communication en interne est organisée par la diffusion des comptes rendus des instances (CLIN, COMEDIMS, CAI, CME) de chaque site, lors des réunions de pôles et lors des réunions avec les correspondants en hygiène de chaque site. L'expérience « Place du référent infectiologue » a été présentée à l'OMEDIT.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les règles établies pour la maîtrise du risque infectieux ne sont pas systématique respectées dans les unités de soins.</p> <p>Il a notamment été constaté sur les Centres Hospitaliers de Chalon et de Sevrey des problématiques de stockage des déchets : un local intermédiaire DASRI ouvert (porte bloquée par un chariot, contenant un container à DASRI ouvert), date d'ouverture des collecteurs à aiguilles et objets tranchants anticipée par erreur, non-respect des limites de durées d'ouverture des collecteurs à aiguille (la date de limite de durée d'ouverture était un peu effacée il fallait lire 2018 à la place de 2016). L'ensemble de ces constats sont en contradiction avec les modalités définies dans les procédures "Évacuation des DASRI" de janvier 2018 et "Utilisation des collecteurs à aiguilles et objets tranchants". Par ailleurs, les constats réalisés ont également montrés des problématiques liées à la maîtrise du risque infectieux en restauration. Il a été observé en parcours sur le Centre Hospitalier de Chalon une panière destiné à la livraison du pain, posée à terre devant l'office d'un secteur de soins. Cette panière contenait des vêtements à usage professionnel de l'équipe en charge de la préparation des repas.</p>	8g

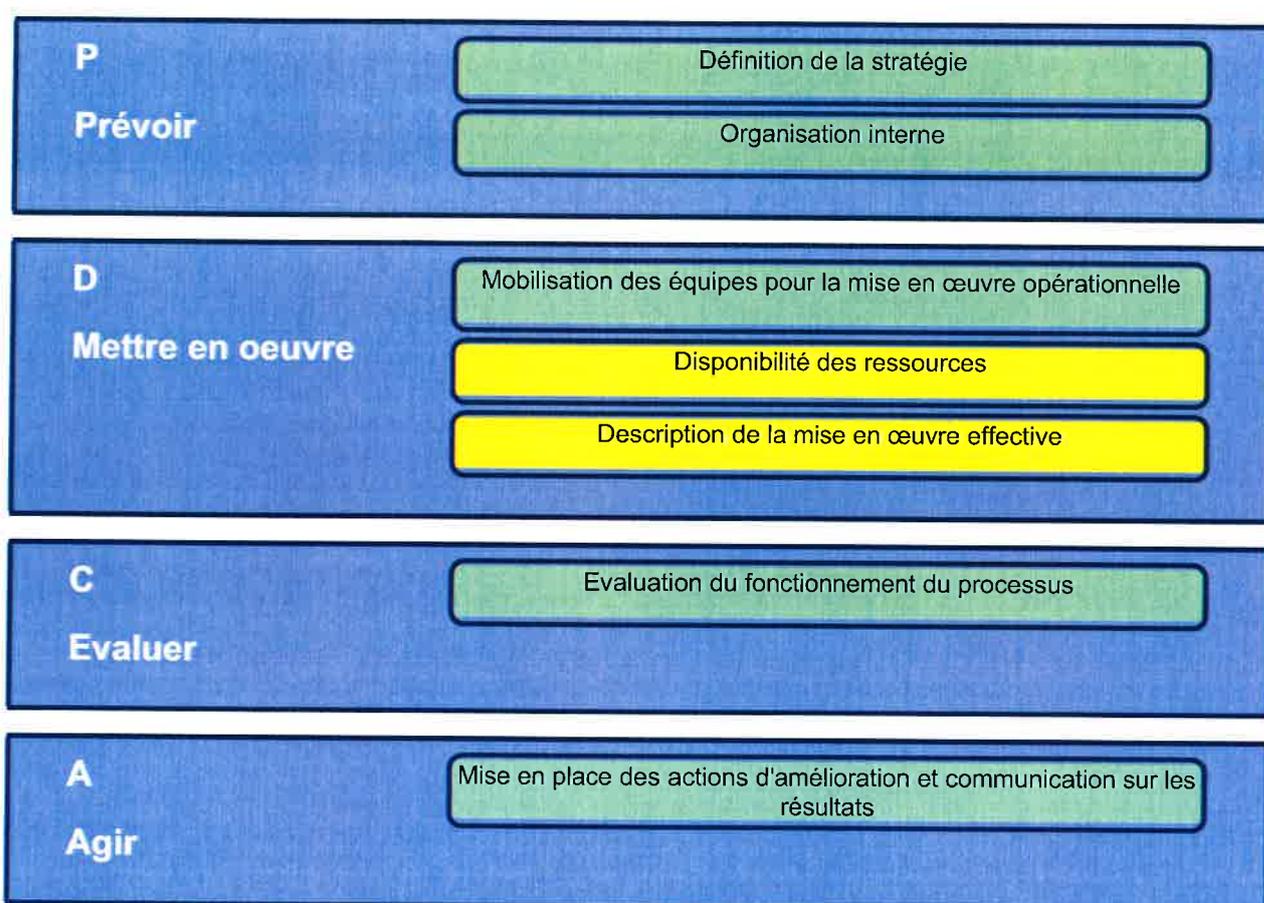
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques des Centres Hospitaliers de CHALON sur SAÔNE, de SEVREY et de CHAGNY et du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Saône et Loire Bresse Morvan. Les droits du patient constituent l'une des 6 thématiques communes aux trois établissements. L'analyse des risques a été réalisée au regard de l'analyse des plaintes et réclamations, des signalements d'événements indésirables, des résultats des questionnaires de satisfaction, des recommandations de la CDU, des résultats des évaluations et des données issues de la dernière certification. Cette identification et priorisation des risques a d'abord été réalisée par les pilotes opérationnels par établissement jusqu'en septembre 2017. Une réunion avec les pilotes opérationnels, en décembre 2017, a permis de valider les risques, de définir les plans d'actions et de débiter le travail de rédaction de la politique des droits du patient, commune aux établissements du GHT. Les risques ont été évalués en tenant compte de la criticité et du niveau de maîtrise pour chaque risque. Sur ces bases, différents axes de travail et actions d'amélioration ont été définis et intégrés dans le PAQSS de l'établissement, celui-ci intégrant les actions du Compte Qualité. Au niveau du GHT, une politique bienveillance et promotion des droits des patients version d'avril 2018 est en cours de concertation entre les établissements, membres du GHT. Cette politique n'est pas validée à ce jour. Cette politique vise à répondre à deux enjeux: d'une part, promouvoir le bienveillance et prévenir la maltraitance, d'autre part, respecter la dignité et l'intimité du patient lors des soins.

Pour ce faire, quatre objectifs ont été définis :

- Établir une politique fédératrice,
- Mettre en place un outil partagé de signalement et une méthodologie commune de traitement des situations portant atteinte aux droits du patient,
- Harmoniser les pratiques relatives à la contention,
- Établir une charte relationnelle envers les patients.

Parallèlement, le Centre Hospitalier de Chalon sur Saône a rédigé une politique bienveillance et promotion des droits des patients du CHWM, validée par la CDU en janvier 2018. Cette politique reprend les éléments de contenu du projet de politique en cours de concertation à l'échelle du territoire. Le Centre Hospitalier de CHAGNY doit également, valider prochainement une Politique bienveillance et promotion des droits du patient au Centre Hospitalier de CHAGNY non validée à ce jour. Cette politique reprend les éléments de contenu du projet de politique en cours de concertation à l'échelle du territoire. Le Centre Hospitalier Spécialisé, quant à lui, a rédigé une politique du respect des droits du patient et de la bienveillance validée par la CSIRMT le 27/02/2018 et par la CDU du 12012018. Cette version est différente du projet de politique proposé par le GHT. Les éléments de cette politique sont connus des représentants des usagers des trois établissements. Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique relative aux droits du patient de leurs établissements respectifs et aux supports d'information tel le livret d'accueil: celui-ci comporte un chapitre sur les droits des patients. Il présente la CDU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers, et plus largement, l'ensemble des membres de la CDU. L'engagement des établissements pour le respect des droits des usagers est mis, également, en avant dans les règlements intérieurs des établissements. Ce dispositif est complété, au Centre Hospitalier de SEVREY, de règlements de vie par unités. Le Centre Hospitalier de Chagny dispose d'une charte de la bienveillance validée par la CSIRMT. Cet établissement a rédigé, par ailleurs, un livret « bienveillance » à destination des personnels de l'établissement, complétée par une charte de bienveillance validée par la CSIRMT, le 24 mars 2017.

La dimension éthique est prise en compte dans les orientations stratégiques des 3 établissements. Des comités éthiques sont en place dans les Centres Hospitaliers de CHALON sur SAÔNE et de SEVREY. Les politiques sont diffusées à l'échelle des établissements. Une stratégie de communication est définie au niveau de chaque établissement. Les objectifs et les résultats sont communiqués régulièrement aux professionnels et aux usagers.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions, ainsi que la planification des actions dans des délais fixés.

Cependant, les trois établissements ne disposent pas d'une politique commune et/ou partagée sur le sujet des droits des patients. Un risque lié à la cohabitation de plusieurs politiques interroge les modalités de portage et de pilotage entre les trois établissements, et par voie de conséquence, le suivi synchronisé des plans d'actions. Un plan d'actions GHT sur la thématique « Droits des patients » est

toutefois défini et intégré dans le programme d'actions de l'ensemble des 8 établissements du GHT. De plus, les modalités de validation de la politique relative aux droits des patients ne sont pas définies, au niveau du GHT. Ainsi, les instances du GHT n'ont pas été sollicitées pour donner un avis sur cette politique. De plus, le comité des usagers du Territoire n'a pas été saisi de ce projet, lors de sa réunion de septembre 2017.

ORGANISATION INTERNE

Les établissements s'appuient sur le fonctionnement effectif des CDU. Les membres de cette commission sont identifiés et le règlement intérieur est formalisé. Les Représentants des usagers sont formés pour cette mission. Le bilan de la CDU est élaboré conformément aux recommandations et une permanence, animée par les représentants des associations d'usagers, est organisée au Centre Hospitalier de CHALON sur SAÔNE, dans les locaux de la Maison de Santé, implantée au sein de l'établissement. La désignation des pilotes par thématique a été validée, pour le Centre Hospitalier de Chagny, par le COPIL qualité. Une fiche de missions des pilotes stratégiques et opérationnels est rédigée au niveau du GHT pour chaque thématique et décline leurs responsabilités.

Des formations à la bientraitance, sur les droits des malades et sur les modalités d'hospitalisation sous contrainte sont proposées. Une gestion documentaire est à disposition des personnels sur l'intranet de l'établissement. Les besoins en procédures sont identifiés. Les modalités de signalement de la maltraitance sont définies. Le recueil de la personne de confiance fait l'objet d'un protocole pour chaque établissement. L'information du patient en cas de dommages liés aux soins fait l'objet d'une procédure. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CDU au travers du livret d'accueil et par voie d'affichage. Des personnels sont identifiés et mis à disposition dans les trois établissements pour assurer, notamment, la gestion des plaintes et réclamations ou les gestion des demandes d'accès au dossier.

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey dispose d'un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels. L'établissement dispose de procédures relatives aux modalités d'admission de patients sous contrainte (admission d'un patient détenu; admission d'un patient détenu à la demande du représentant de l'état, admission d'un patient admis à la demande d'un tiers). Ces différents supports sont disponibles sur la base documentaire de l'établissement. Dans toutes les unités les modalités d'accompagnement des patients en soins sans consentement (SPDT et SPDRE) sont organisées pour rencontrer le juge des libertés sur le site du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. Les secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, notamment en matière d'isolement et de contention. Le registre des isolements est en interface avec le logiciel de gestion du dossier patient au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. Des procédures relatives aux modalités de prescription et surveillance de l'isolement thérapeutique ou de la contention sont définies dans les trois établissements et de façon spécifique au centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée et les modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey a mis en place plusieurs comités en lien avec la gestion des droits du patient :

- Groupe droits des patients ;
- Comité de suivi de la loi du 5 juillet 2011. Ce comité s'est réuni une vingtaine de fois depuis 2011. Deux missions sont assignées à cette instance: mise en œuvre des mesures définies par les lois de 2011 et 2013 et assurer le suivi de la gestion des risques.

Le CH de Chagny a mis en place un groupe de travail sur la bientraitance en 2013. En 2016, lors de la révision du dispositif de pilotage QGR, ce groupe a été intégré à la CSIRMT. Les établissements ont adapté leurs locaux, leurs équipements pour répondre aux besoins et attentes des usagers. Les interfaces sont assurées au sein de chaque établissement au travers des instances entre la CDU, le comité d'éthique, les unités de soins via l'encadrement et les instances. Des interfaces entre secteurs d'activités de chaque établissement sur les questions de la promotion de la bientraitance, des droits des usagers sont définies entre les secteurs cliniques, administratifs, et la direction qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison opérationnelle dans les unités de soins est formalisée et assurée pour le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey, au travers de contrats de pôle. Des objectifs sont déclinés assortie d'actions. Cependant, la contractualisation interne n'est pas structurée tant au Centre Hospitalier de Chagny qu'au Centre Hospitalier de Chalon sur Saône. L'absence de contrats de pôle ne garantit pas la déclinaison opérationnelle de la politique des droits des patients sur l'ensemble des unités de l'établissement. Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et

notamment les protocoles concernant l'utilisation des contentions, ou la mise en chambre d'isolement. Les staffs hebdomadaires associent les différents professionnels concernés et abordent le respect des droits du patient. Les professionnels participent au comité éthique et sont investis dans la mise en œuvre des EPP. Des actions spécifiques d'amélioration ont eu lieu sur la promotion de la bientraitance, qui ont fait l'objet de groupes de travail et/ou de réflexions dans les trois établissements. Des interventions visant l'adhésion du patient au projet de soins proposé sont recherchées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Différentes formations (Droit des personnes hospitalisées, éthique, soins sous contrainte, bientraitance, gestion de l'agressivité), sont proposées aux professionnels des trois établissements. Le dispositif est complété par des notes et/ou supports d'information, portant essentiellement, sur la mise en œuvre des textes du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 relatives aux hospitalisations sous contrainte. Un rappel des droits est réalisé, également, dans le règlement de fonctionnement des unités notamment pour le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. Au Centre Hospitalier de Chalon sur Saône, des formations relatives à la contention mécanique chez la personne âgée sont proposées par un médecin et une ergothérapeute. Un plan de formation est défini pour l'année 2018 à raison de trois sessions par mois de mars à décembre 2018 sauf juillet et août.

Des procédures de gestion des plaintes et réclamations sont en place dans les trois établissements. Le livret d'accueil du patient intègre un volet dédié aux droits du patient, qui reprend de façon synthétique, l'ensemble des droits ouverts pour le patient. Un agent est désigné, dans chaque établissement, pour assurer la gestion des plaintes et des réclamations et les demandes d'accès au dossier. Les professionnels ont la possibilité, par ailleurs, de faire appel à un interprète pour un patient parlant uniquement une langue étrangère.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est en place. Un état des lieux a été fait lors des formations/action sur la prévention de la maltraitance.

Des locaux du Centre Hospitalier de Sevrey (unité LAVANDE et RETIS par exemple) dédiés aux soins ont été reconstruits et/ou réaménagés (dédoublage de chambres doubles; création de blocs sanitaires) pour améliorer le respect de la dignité et de l'intimité. Dans les Centres Hospitaliers de Chagny et de Chalon sur Saône, les chambres sont très majoritairement individuelles (à Chagny, les chambres sont individuelles et à Chalon sur Saône, 20% des chambres sont à deux lits) et équipées de blocs sanitaires complets. Toutefois, les locaux ne permettent pas systématiquement le respect de la dignité et l'intimité des patients pris en charge dans les unités du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. Il a été constaté la présence d'oculus non obturés dans plusieurs chambres d'isolement. Celles-ci sont en accès direct sur les couloirs de circulation et donc visibles par les autres patients et les visiteurs également. Dans les autres chambres des unités visitées, les oculus ne sont pas non plus obturés. Dans d'autres unités, parfois vétustes, existent des chambres à 4, 3 ou 2 lits, sans séparation, et absence de bloc sanitaire complet, dans la majorité des chambres. Plusieurs chambres d'isolement au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey ne sont pas conformes (absence de sas et de double entrée). Dans une unité de psychiatrie, la salle d'eau attenante et accessible était équipée de barres d'appui murales et la douche n'était pas pourvue d'un dispositif anti pendaison (présence d'un flexible de douche). Une unité visitée n'est, par ailleurs, pas accessible aux personnes handicapées, en l'absence d'ascenseur entre le rez-de -chaussée et le 1er étage et l'absence, au rez de chaussée, de chambres et de sanitaires et douches aux normes PMR. L'établissement a identifié cette situation et un schéma Directeur immobilier est actuellement en attente de validation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des libertés individuelles est effective. Les soins, y compris les soins d'hygiène (toilette, recueil des selles et des urines...), sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les mises en chambre d'isolement se font sur prescription médicale après discussion en équipe pluriprofessionnelle. Les droits du patient sont, par ailleurs, rappelés dans les décisions d'hospitalisation sans consentement au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey conformément aux procédures internes.

Les règles en matière de confidentialité sont rappelées dans le règlement intérieur. Des mesures sont en place pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : mise en place d'une charte informatique, définition de droits d'accès, protection des dossiers médicaux papier, sécurisation des transports de dossiers médicaux, élimination des documents nominatifs par broyage. La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté notamment la contention font l'objet d'une concertation de l'équipe intégrée, parfois, dans le projet de soins personnalisé. La recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté notamment la contention fait l'objet d'une concertation de l'équipe intégrée dans le projet de soins personnalisé.

Les modalités d'information sur son état de santé sont mises en œuvre. L'information du patient est assurée et son consentement est recherché. Le livret d'accueil du patient intègre un volet dédié aux droits

du patient, qui reprend de façon synthétique, l'ensemble des droits ouverts pour le patient. La Charte du patient hospitalisé est diffusée et/ou inscrites dans le livret d'accueil.

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance via le livret d'accueil. L'accueil des familles et le soutien à l'entourage sont organisés. Les Centres Hospitaliers de Sevrey et de Chalon mettent à disposition des patients et de leurs familles une cafétéria sur chaque site. Les établissements proposent, également, la possibilité de repas avec les patients dans les unités de soins, un salon pour les familles des patients, l'intervention des associations au sein de la Maison des Usagers du Centre Hospitalier de Chalon, ainsi que des informations dans le livret d'accueil. Ces dispositions sont ajustées et précisées dans les règles de vie mises en place par les unités de soins dépendant du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey.

La notification des soins sans consentement est effectuée pour les patients en hospitalisation sous contrainte par les cadres des unités, ils sont alors informés des recours éventuels et leurs droits.

Les rites et religions sont respectés, ainsi que le droit de vote et de recensement.

Les professionnels mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins

La satisfaction des usagers est recueillie au travers d'un questionnaire de satisfaction, remis au patient à sa sortie de l'unité de soins et d'enquêtes de satisfaction organisées ponctuellement. Les résultats sont mis à disposition de tous les professionnels sur Intranet.

Toutefois, les conditions visant le respect des libertés individuelles ne sont pas systématiquement présentes dans les unités de soins. Il a été constaté sur le CH de Sevrey l'utilisation, en cas de besoin, des chambres d'isolement en chambre hôtelière. Ainsi, le patient demeure hospitalisé en chambre d'isolement, alors que cet isolement n'est plus justifié. Il a également été constaté, lors de la visite des unités Bécarre 1 et 2 que cette unité disposait de 10 chambres dites "sécurisées". Ces chambres servent, ponctuellement, à isoler des patients. Ces isolements ne donnent pas lieu à des prescriptions médicales, et par voie de conséquence, à des surveillances infirmières et à une remontée des données dans le registre relatif aux isolements et contentions. Par ailleurs, cette chambre, hormis l'oculus dans la porte, est ordinaire et ne constitue pas un réel espace dédié pour réaliser ces isolements. De plus, le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey accueille et prend en charge des mineurs, dans des unités dédiées (La Source et Cascade). Une procédure en date du 19 octobre 2017 organise cette prise en charge. Il à noter, cependant, que des mineurs sont hospitalisés dans des unités de psychiatrie adulte, faute de places dans les unités dédiées. L'établissement ne dispose pas de procédure pour ce cas de figure.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies. Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey dispose de fiches actions relatives aux modalités d'admission de patients sous contrainte (admission d'un patient détenu; admission d'un patient admis à la demande du représentant de l'état, admission d'un patient admis à la demande d'un tiers, admission d'un mineur). Cependant, la procédure du Centre Hospitalier de Chagny, relative, aux modalités de mise en place d'une contention physique passive chez la personne âgée, validée en janvier 2017 est non conforme à la réglementation. En effet, cette procédure ne prévoit pas de durée pour la prescription initiale. De même, la procédure prévoit la possibilité, en cas d'urgence, que la "contention pourra être mise à l'initiative des soignants, après appel du médecin traitant et secondairement validée par le médecin dans les plus brefs délais". La procédure demeure imprécise sur la notion "plus brefs délais". Sur cet établissement les prescriptions sont tracées dans le dossier patient informatisé, mais les modalités de la surveillance infirmière ne sont pas précisées. Par voie de conséquence, la traçabilité du suivi et de la surveillance demeure aléatoire.

Dans ce même établissement, il a été constaté que les directives anticipées, ne sont pas tracées dans le dossier patient informatisé, y compris pour les patients pris en charge dans les lits dédiés aux soins palliatifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il n'existe pas, encore, de dispositif structuré d'évaluation quant aux droits des patients au niveau de chaque établissement. Il n'existe pas d'indicateurs pertinents et mesurables sur tous les champs du droit du patient. De même, il est observé une absence d'évaluation à périodicité définie. Les axes de la politiques des droits des patients 3 établissements sont trop récents pour être évalués. L'évaluation du processus droits des patients s'effectue au travers du signalement des événements indésirables, des plaintes, du suivi des IPAQSS et des constats de la Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté. Le bilan des questionnaires de sortie et des événements indésirables est réalisé tous les ans et

communiqués aux professionnels de l'établissement. Les CDU formalise des recommandations dans le cadre du rapport d'activités et celles-ci sont prises en compte par les Directions et intégrées dans les plans d'actions. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels. Au Centre Hospitalier de Chagny, un audit a été réalisé sur la personne de confiance en octobre 2017. Au Centre Hospitalier de Chalon, 8 audits ont été réalisés dans le cadre de la mise de l'EPP relative à la contention, depuis février 2013. Un plan d'actions d'amélioration est défini et suivi. Cette évaluation est complétée par les bilans des enquêtes sur la contention réalisées, chaque année, depuis 2013, en court séjour gériatrique et en SSR. Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey a réalisé une évaluation de la mise en isolement thérapeutique, en juillet 2017.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sur les droits des patients sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS et le compte qualité. Le suivi des décisions de la V2010 a abouti à des actions d'améliorations au travers de la mise en place d'une EPP, de la rédaction de protocoles validés, de la mise en place d'une réflexion institutionnelle sur la bientraitance, de l'aménagement des chambres double... Toutes les actions réalisées et à venir sont inscrites dans le PAQSS. Concernant le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey, les échéanciers prévus ne sont pas respectés et/ou actualisés: des actions sont en cours ou non initiées alors que les dates prévisionnelles de fin sont dépassées. La réalisation du compte qualité et la mise en place d'EPP conduisent au déploiement d'une démarche d'amélioration. La communication est opérationnelle. Elle est réalisée au travers de supports variés destinés aux patients et aux professionnels. Des actions sont en cours de programmation suite aux visites du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté tant au niveau du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey qu'au niveau du Centre Hospitalier de Chalon.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Les trois établissements ne disposent pas d'une politique commune et/ou partagée sur le sujet des droits des patients. Un risque lié à la cohabitation de plusieurs politiques interroge les modalités de portage et de pilotage entre les trois établissements, et par voie de conséquence, le suivi synchronisé des plans d'actions. Un plan d'actions GHT sur la thématique « Droits des patients » est toutefois défini et intégré dans le programme d'actions de l'ensemble des 8 établissements du GHT. Les modalités de validation de la politique relative aux droits des patients ne sont pas définies, au niveau du GHT. Ainsi, les instances du GHT n'ont pas été sollicitées pour donner un avis sur cette politique. De plus, le comité des usagers du Territoire n'a pas été saisi de ce projet, lors de sa réunion de septembre 2017.	1d
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La contractualisation interne n'est pas structurée tant au Centre Hospitalier de CHAGNY qu'au Centre Hospitalier de CHALON sur SAÔNE. L'absence de contrats de pôle ne garantit pas la déclinaison opérationnelle de la politique des droits des patients sur l'ensemble des unités de l'établissement.	1d
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas systématiquement le respect de la dignité et l'intimité des patients pris en charge dans les unités du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. Il a été constaté la présence d'oculus non obturés dans plusieurs chambres d'isolement. Celles-ci sont en accès direct sur les couloirs de circulation et donc visibles par les autres patients et les visiteurs également. Dans les autres chambres des unités visitées, les oculus ne sont pas non plus obturés. Dans d'autres unités, parfois vétustes, existent des chambres à 4, 3 ou 2 lits, sans séparation, et absence de bloc sanitaire complet, dans la majorité des chambres. Plusieurs chambres d'isolement au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey ne sont pas conformes (absence de sas et de double entrée). Dans une unité de psychiatrie, la salle d'eau attenante et accessible était équipée de barres d'appui murales et la douche n'était pas pourvue d'un dispositif anti pendaison (présence d'un flexible de douche). Une unité visitée n'est, par ailleurs, pas accessible aux personnes handicapées, en l'absence d'ascenseur entre le rez-de -chaussée et le 1er étage et l'absence, au rez de chaussée, de chambres et de sanitaires et douches aux normes PMR. L'établissement a identifié cette situation et un schéma Directeur immobilier est actuellement en attente de validation.	10e
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	La procédure du Centre Hospitalier de Chagny, relative, aux modalités de mise en place d'une contention physique passive chez la personne âgée, validée en janvier 2017 est non conforme à la réglementation. Cette procédure ne prévoit pas de durée pour la prescription initiale. De même, la procédure prévoit la possibilité, en cas d'urgence, que la " contention pourra être mise à l'initiative des soignants, après appel du médecin traitant et secondairement validée par le médecin dans les plus brefs délais". La procédure demeure imprécise sur la notion " plus brefs délais". Sur cet établissement les prescriptions sont tracées dans le dossier patient informatisé, mais les modalités de la surveillance infirmière ne sont pas précisées. Par voie de conséquence, la traçabilité du suivi et de la surveillance demeure aléatoire.	10e
	NC	Les conditions visant le respect des libertés individuelles ne sont pas systématiquement présentes dans les unités de soins. Il a été constaté sur le CH de Sevrey l'utilisation, en cas de besoin, des chambres d'isolement en chambre hôtelière. Ainsi,	10e

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>le patient demeure hospitalisé en chambre d'isolement, alors que cet isolement n'est plus justifié. Il a également été constaté, lors de la visite des unités Bécarre 1 et 2 que cette unité disposait de 10 chambres dites "sécurisées". Ces chambres servent, ponctuellement, à isoler des patients. Ces isolements ne donnent pas lieu à des prescriptions médicales, et par voie de conséquence, à des surveillances infirmières et à une remontée des données dans le registre relatif aux isolements et contentions. Par ailleurs, cette chambre, hormis l'oculus dans la porte, est ordinaire et ne constitue pas un réel espace dédié pour réaliser ces isolements. De plus, le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey accueille et prend en charge des mineurs, dans des unités dédiées (La Source et Cascade). Une procédure en date du 19 octobre 2017 organise cette prise en charge. Il à noter, cependant, que des mineurs sont hospitalisés dans des unités de psychiatrie adulte, faute de places dans les unités dédiées. L'établissement ne dispose pas de procédure pour ce cas de figure.</p>	

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

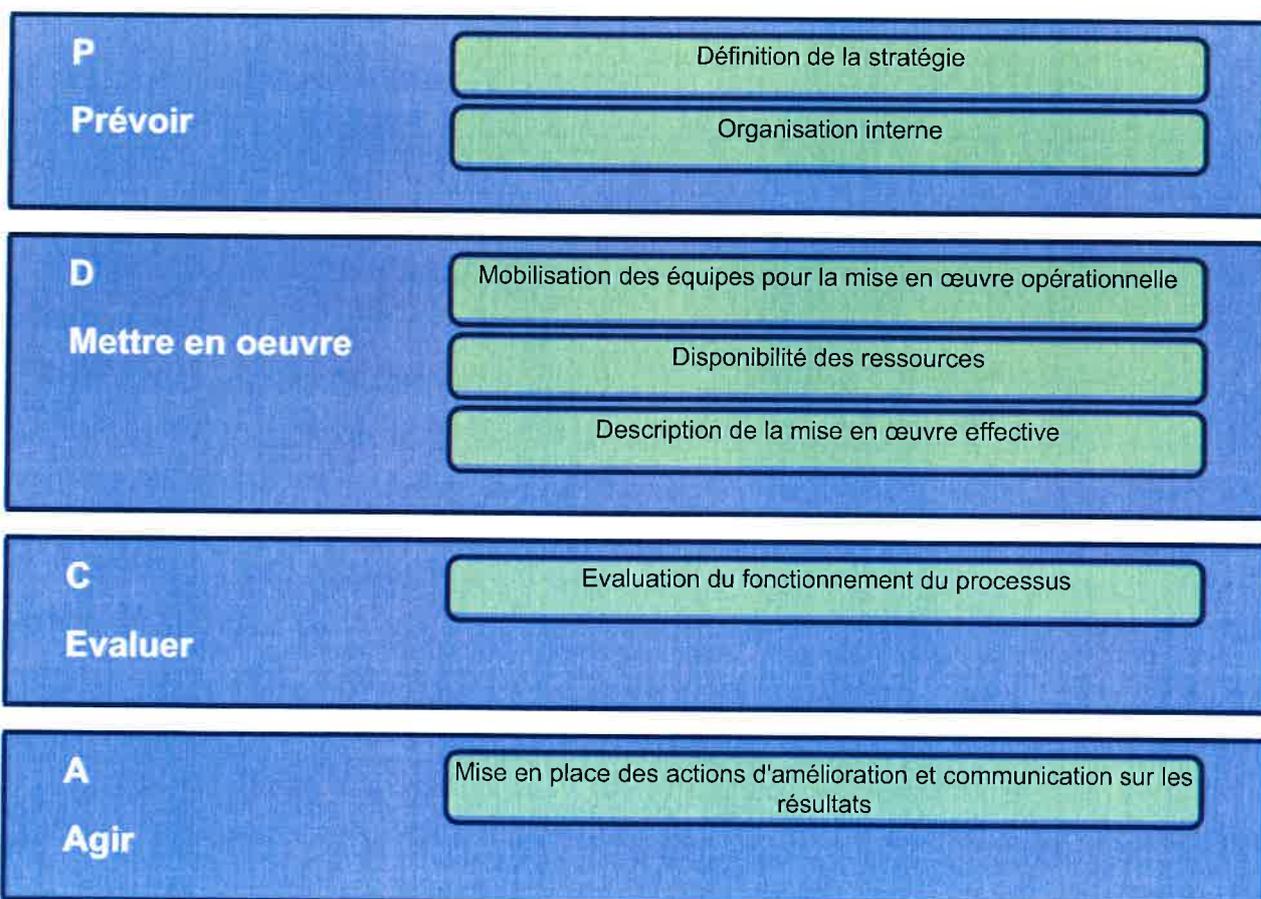
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique Parcours Patient est formalisée depuis mars 2018. L'idée d'utiliser le parcours patient comme ligne directrice des trois établissements de santé n'est pas récente sur le territoire comme en atteste la réorganisation en filières de soins en 2010 au CHS de SEVREY ou la construction du Projet d'établissement du Centre Hospitalier William Morey 2014-2019.

Le projet Médical et de Soins Partagé du Territoire « Saône et Loire Bresse-Morvan » a pour objectif de « fournir une offre de soins publique diversifiée dans les différentes filières, l'adapter et la faire évoluer au regard des besoins de la population et des attentes de nos partenaires de la médecine de ville et du secteur médico-social constituent autant d'enjeux auxquels les établissements membres du GHT souhaitent répondre collectivement ».

Devant le caractère concomitant de la démarche de certification et de l'élaboration du Projet médical et de Soins Partagé du Territoire (PMSPT), le choix a été fait de construire la politique à partir des expériences de parcours préalablement existants, dont la prise en charge des patients psychiatriques à l'hôpital, les soins somatiques à apporter aux patients psychiatriques, la filière pédopsychiatrique commune entre le CHWM et l'hôpital de Sevrey, la filière gériatrique (géronto psychiatrie avec Sevrey et gériatrique entre CHWM et Chagny) ainsi que la filière addictologie qui constitue également un axe de réflexion commune entre les établissements.

Les différentes approches de parcours patient ont ainsi pu être repérées afin d'identifier les parcours existants : au sein même de chaque Etablissement, pour les patients amenés à être pris en charge au sein de parcours complexes (CHWM et CHS Sevrey), mais aussi pour certains établissements en offre de soins de premier recours permettant d'éviter des passages par les services d'urgence (Chagny), entre les hôpitaux membres du GHT et la médecine de ville et au sein du territoire, entre les différents établissements membres du GHT, ainsi qu'avec des établissements voisins.

L'objectif est de développer de nouveaux parcours afin d'optimiser la réponse aux besoins de santé du Territoire. L'élaboration du PMST a permis l'identification des parcours prioritaires à créer ou à consolider et divers projets sont déjà en mis en œuvre, comme l'infectiologie. Une trentaine de filières ont ainsi été identifiées dans le projet médico-soignant de territoire 2017-2021, validé en mars 2018 par l'ARS, et regroupées en six catégories : interventionnelles, non interventionnelles, populationnelles, santé mentale et organisationnelles.

Des risques communs (dossier patient, sortie, formation, ...) et spécifiques (urgences vitales pour le CH de Chalon, risque suicidaire pour le CHS de Sevrey, coordination des soins pour le CH de Chagny, ...) liés aux différents parcours ont été priorisés. Parmi les parcours identifiés, il a également été décidé de prioriser l'étude de ceux pour lesquels des risques ont été considérés comme majeurs. Divers indicateurs ont facilité ce choix et notamment les déclarations d'événements indésirables entre établissements témoignant de problématiques communes. L'inclusion des notions d'urgence et de soins non programmés dans les divers parcours, sans en faire des parcours spécifiques, a également été prise en compte même si le choix retenu est d'étudier les parcours dans leur globalité, quels que soient les contextes de prise en charge afin de mieux gérer les risques identifiés dans les PAQSS de chacun des 3 établissements de santé.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes stratégiques sont les Présidents de CME, les Présidents des CSIRMT et les Directeurs de chaque établissement afin de consolider les parcours patient au sein du GHT et, qu'à terme, les parcours patient soient plus sécurisés et plus efficaces entre les trois établissements que constituent le CH de Chalon sur Saône, celui de Sevrey et celui de Chagny, d'une part, et de permettre la généralisation de la démarche sur l'ensemble des établissements du GHT, d'autre part.

Des pilotes opérationnels des parcours patient ont été nommés et une lettre de mission généraliste a été formalisée, mais non contractualisée, afin d'assurer le bon fonctionnement général de la thématique et de ses objectifs, de suivre les actions d'amélioration du plan d'action, d'évaluer les actions mises en place à l'aide d'indicateurs, de communiquer l'état d'avancement de la thématique aux commissions concernées et aux professionnels et d'actualiser l'analyse des risques. De par leur nomination et leurs compétences, les pilotes désignés sont reconnus comme légitimes dans l'établissement. Les parcours choisis, considérés comme prioritaires, ont chacun défini leurs propres objectifs en fonction des risques identifiés. Les pilotes opérationnels rencontrés, médecins et cadres de santé, ont confirmé leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre des parcours personne âgée au CH de Chagny, Santé Mentale au

CHS de Sevrey et la prise en charge des urgences et des soins non programmés dans la filière addictologie au CH de Chalon.

Les ressources humaines médicales, paramédicales, médicotechniques et administratives nécessaires sont identifiées. Elles tiennent compte de l'activité, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation (initiale et continue) sont recensés et donne lieu à des plans de formation institutionnel. Des formations des personnels sont prévues à l'échelle de chacun des trois établissements du GHT sur les différentes thématiques du parcours (prise en charge de la douleur, gestes d'urgence, risque suicidaire, prise en charge nutritionnelle, prise en charge des escarres, patient traceur, chutes, hygiène des mains, infirmiers en pratiques avancées...). Une coordination des plans de formations continue des personnels non médicaux est prévue dès 2018 avec la mise en place d'actions mutualisées comme la qualité et la gestion des risques et les soins diététiques ainsi qu'une journée de GHT afin de mieux fédérer les acteurs. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies (livret d'accueil institutionnel, livrets d'accueil spécifiques à certains secteurs, tutorat des infirmiers exerçant en psychiatrie).

Les besoins en ressources documentaires y compris en support d'information sont identifiés. Ils donnent lieu à la formalisation des documents nécessaires aux activités. Le système de gestion documentaire est informatisé, organisé et opérationnel, et en cours d'intégration des documents mais peu utilisé par les professionnels rencontrés. Le projet d'une gestion documentaire commune aux trois établissements de santé est prévu.

Les mécanismes de coordination et de transmission des informations en place assurent le relai autour des différents modes de prise en charge, y compris avec les professionnels extra hospitaliers.

Des ressources en matériels, équipements et locaux nécessaires à la mise en œuvre du parcours patient sont prévus. Leur maintenance est également organisée et planifiée. Tous les secteurs sont accessibles aux personnes handicapées excepté sur le CHS de Sevrey où la configuration n'est pas optimale pour les personnes à mobilité réduite. Un état des lieux a été réalisé conformément à la loi pour diagnostiquer les besoins de mise en conformité ainsi que la rédaction d'un schéma directeur immobilier qui est en cours de validation au niveau institutionnel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les enjeux liés aux parcours patients apparaissent dans les projets d'établissement et dans le projet médico-soignant de territoire. L'implication des équipes est effective via les contrats de pôle signés sur le CHS de Sevrey et en cours sur le CH de Chalon, comme le suivi des indicateurs et leur diffusion. Certains secteurs d'activité se sont appropriés ces enjeux même si la politique parcours patient venant d'être formalisée, ses objectifs ne sont pas communiqués aux équipes et le suivi d'indicateurs spécifiques permettra à moyen terme de vérifier l'atteinte des objectifs fixés.

Des réunions organisées par les directions des soins mensuellement permettent de transmettre l'information de manière descendante à l'encadrement soignant des actualités institutionnelles concernant la thématique des parcours patients. Un document d'organisation émanant de la direction des soins présentant les bonnes pratiques de communication au sein des services a été rédigé et validé sur le CH de Chalon : réunions cadres, d'équipe, de service, catégorielles, ...

Les responsables des pôles, les cadres des unités de soins, les pilotes du processus parcours patient ainsi que les membres des directions qualité et gestion des risques sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur les objectifs du processus parcours patient à atteindre.

L'encadrement des services visités et les services qualité s'assurent de la conformité des pratiques par des audits, EPP et études de pertinence réalisées sur les procédures, protocoles de prise en charge, modes opératoires établis sur le parcours patient.

Des actions correctives sont identifiées au regard des résultats des audits, EPP et du suivi des indicateurs (chutes, douleur, dénutrition, suicide, isolement thérapeutique) réalisés sur les pratiques et activités. Ces actions sont généralement reprises dans les PAQSS voire les Comptes Qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales, paramédicales, médicotechniques et administratives prévus sont disponibles sur les pôles et différentes filières de prise en charge des trois établissements de santé. Des formations planifiées sont disponibles et mises en œuvre pour les personnels tant médicaux que non médicaux des filières de prise en charge, notamment sur les thématiques du parcours patient, afin de renforcer les compétences comme la formation accueil aux urgences, l'insuffisance cardiaque, les techniques pédagogiques par simulation ou encore les pratiques avancées en psychiatrie.

Les établissements mettent à disposition des équipements de qualité, matériels adaptés et en nombre suffisant pour ses différentes filières de prise en charge du parcours patient. Le CH de Chalon et le CH de Chagny disposent de locaux récents et adaptés à une prise en charge du patient hospitalisé. Le CHS de Sevrey a défini un schéma directeur immobilier afin de définir une politique hôtelière pour l'accueil et la prise en charge des patients. Des chambres à plusieurs de 3 et 4 lits demeurent dans les pôles d'admission et de réhabilitation psychosociale. En outre, les chambres d'isolement thérapeutique, dites de soins intensifs, ne disposent pas toutes de sanitaires et ne permettent pas de garantir l'intimité et la dignité du patient hospitalisé, tout particulièrement pour les patients détenus.

Chaque secteur et unité de soins dispose d'un chariot d'urgence vitale équipé. Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les services sur les trois établissements. Les maintenances et contrôles des équipements/matériels et locaux de prise en charge sont assurés par les services techniques et le service biomédical et les formations des professionnels suivies.

Les établissements disposent d'une base documentaire gérée informatiquement. Cette base comprend des procédures, protocoles, modes opératoires relatifs aux différentes étapes de prise en charge dans le parcours patient, comme la procédure d'un accueil de qualité à une sortie préparée sur le CH de Chagny. Il persiste de nombreux documents papier spécifiques à l'activité des unités des soins. Des livrets d'accueil, plaquettes et autres documents d'information des patients sont également disponibles.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la prise en charge du patient. Le recours aux avis des spécialistes est favorisé par la pluridisciplinarité des activités au sein du Territoire de Santé dans l'ensemble des prises en charges MCO, psychiatrie, SSR et SLD, adulte et infantile.

Un état des lieux des maladies ou situations peuvent conduire à l'élaboration d'une démarche d'ETP.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations de la gestion de flux des patients sont connues et opérationnelles sur chacun des trois sites.

L'accueil et l'orientation des patients se présentant pour une urgence sont organisés et assurés. Le règlement intérieur les différents types de prise en charge : adulte, enfant, prise en charge somatique, obstétrique et psychiatrique. Une cellule de régulation des flux patients est mise en place sur le Centre Hospitalier de Chalon sur Saône et sur le CHS de Sevrey, une unité d'accueil et de coordination des hospitalisations (UACH) permet d'optimiser l'accueil et l'orientation des patients. Les circuits et modalités d'admission sont formalisés et connus des professionnels. Ils intègrent les admissions programmées et non programmées et les patients admis en urgence dans les unités de soins.

Les secteurs de psychiatrie accueillent les patients en termes de filières de soins pour les deux pôles intra-hospitaliers de psychiatrie générale, la durée prévisionnelle du séjour fixée à plus ou moins trois mois ainsi que la nécessité d'une unité de soins ouverte ou fermée pour les patients hospitalisés en soins sans consentement. Sur l'Hôpital de Chagny les phases tant administratives que soignantes sont mises en place pour l'accueil des patients dans l'unité de soins de médecine. Des livrets d'accueil sont systématiquement remis aux patients dans les différents services des pôles ou des secteurs d'activité. Un livret d'accueil spécifique vient d'être formalisé pour le SSR.

L'évaluation médicale initiale de l'état de santé et de l'ensemble de ses besoins, nécessaires à l'organisation de la prise en charge est réalisée en temps compatible avec une prise en charge sécurisée dans les spécialités (urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, pédiatrie, psychiatrie) visitées. Cette évaluation fait l'objet d'un compte rendu qui est tracé dans les logiciels métiers du dossier patient des trois établissements de santé.

Les commissions d'organisation de la permanence des soins sont opérationnelles. Des tableaux de permanences médicales, soignantes, logistiques et techniques sont établis et diffusés dans les services et unités de soins. Il existe un système de gardes et d'astreintes pour les services le nécessitant : bloc, anesthésie, obstétrique, psychiatrie, laboratoire, imagerie médicale, pharmacie, services techniques,....

Les établissements ont mis en place des organisations permettant la mise en place des projets personnalisés de soins, suivi régulièrement et évalué en traçant la réflexion bénéfico-risque. Cependant ils ne sont pas toujours formalisés et ne sont pas homogènes sur les différentes filières de soins.

L'information du patient sur son état de santé est par ailleurs transmise très souvent oralement et non systématiquement tracée dans le dossier du patient comme l'ont confirmé les patients traceurs réalisés dans le service de médecine à Chagny, en MCO sur Chalon-sur-Saône et en psychiatrie adulte sur l'EPSM de Sevrey. L'échange d'informations nécessaire à la prise en charge du patient et à la continuité des soins sont organisés entre les secteurs de soins de suite et de réadaptation, les activités cliniques, médicotéchniques et logistiques. Un bilan d'autonomie est systématiquement réalisé en SSR. Si la

traçabilité des actes de kinésithérapie est réalisée, la traçabilité des observations des professionnels de rééducation reste partielle dans le dossier de soins. L'activité de réadaptation s'articule par ailleurs avec différentes structures extérieures du territoire.

La prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est organisée et assurée par des médecins somaticiens et les internes en concertation avec les médecins psychiatres. Une Unité Intersectorielle de Médecine Somatique (U.I.M.S) a été créée sur le CHS de SEVREY afin de réaliser les examens somatiques et définir un projet de soins somatiques. Un livret de la prise en charge somatique a été formalisé.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels. Un répertoire des intervenants internes et externes liés à la prise en charge (personnes âgées, personnes atteintes de maladies chroniques, enfants et adolescents, personnes handicapées, ...) existe. Des réunions pluridisciplinaires sont mises en œuvre au sein des spécialités et entre spécialités différentes pour assurer une prise en charge concertée dans le parcours de soins du patient. Il existe de nombreuses visites médicales dans les services d'hospitalisation, des contre-visites le soir, des staffs de programmation et de suivi des patients, des réunions de synthèse, des RCP, ... Une charte de partenariat du transport des patients hospitalisés sur le CH de Chalon a été rédigée dans le cadre de la politique clients/prestataires.

Le dépistage et le suivi du trouble nutritionnel sont assurés et tracés dans les dossiers des patients investigués. Il existe un service de nutrition et une équipe mobile intervenant dans les différents pôles. Les trois établissements disposent d'un CLAN qui réalise un bilan annuel d'activité. Un guide memo diagnostique de la dénutrition a été validé en CLAN en 2017 au CH de Chalon et au CH de Chagny, ainsi qu'un guide relatif à la prise en charge de la déglutition à destination des soignants. Sur le CHS de Sevrey, le protocole sur le dépistage des besoins nutritionnels spécifiques des patients hospitalisés en psychiatrie est mis en œuvre afin de prévenir et d'assurer le suivi des risques de dénutrition, l'obésité et les troubles métaboliques. Sur le CH de Chagny, l'évaluation et la prise en charge de la dénutrition chez le sujet âgé est assurée avec la possibilité de commander des ustensiles ergonomiques adaptés afin de garantir une prise en charge nutritionnelle adaptée aux malades.

La démarche d'identification et de prise en compte du risque suicidaire sont engagées et mises en œuvre, particulièrement dans les secteurs de psychiatrie. En cas de risque avéré, les informations relatives au risque suicidaire sont partagées lors des transmissions et des mesures sont prévues pour sécuriser les chambres et renforcer la surveillance du patient avec la mise à disposition d'un kit anti suicide pour les patients hospitalisés en chambre de soins intensifs. L'établissement a identifié ce risque comme prioritaire en psychiatrie et l'a intégré dans son compte qualité et le PAQSS avec un plan d'action défini. Sur le CH de Chalon et de Chagny, une évaluation du risque suicidaire est systématiquement réalisée et tracée dans le dossier du patient avec l'aide d'une grille spécifique qui aide les soignants au repérage de la crise suicidaire. Des procédures tant relatives à la prise en charge des adolescents suicidaires que d'utilisation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire dans le service de pédiatrie ont été formalisées.

Les différents secteurs visités disposent des modalités spécifiques d'accueil et équipements de prise en charge pour les patients obèses et patients présentant un handicap physique, partiellement sur le CHS de Sevrey en lien avec la configuration actuelle de ses locaux d'hospitalisation. Des consultations dédiées aux personnes en situation de handicap, par l'intermédiaire du dispositif HandiConsult, permettent un parcours de soins adapté aux personnes ne pouvant pas accéder aux consultations médicales classiques.

La prise en charge des personnes âgées privilégie une prise en charge globale avec l'ensemble des acteurs de soins en raison de leurs polyopathologies fréquentes. Le CH de CHAGNY a formalisé le parcours patient « Personne Agée ».

Les patients démunis sont pris en charge et accompagnés par une assistante sociale, voire une psychologue si le besoin est repéré. Une PASS (Permanence d'accès aux Soins de Santé) médicosociale est présente au sein de la structure des urgences sur le CH de Chalon. Une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) est également présente sur le CHS de SEVREY afin d'assurer les missions de la prise en charge des personnes en souffrance psychique et en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Les enfants et adolescents bénéficient de prise en charge spécifique adaptée à leur âge. Une unité de soins spécifique d'hospitalisation à temps partiel de 6 places, Tintinabule, permet d'accueillir les bébés avec leurs parents et les mamans enceintes afin de prendre en charge les troubles précoces du lien mère-enfant et la prévention des troubles du petit enfant. Un parcours patient commun en pédopsychiatrie été formalisé entre le CH de Chalon et le CHS de SEVREY permettant une meilleure lisibilité de la filière pour les intervenants du territoire.

Un protocole entre l'établissement pénitentiaire et les établissements de santé pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues en Saône et Loire a été validé en janvier 2018. Deux chambres sécurisées peuvent accueillir les personnes détenues en MCO dans un service de soins sur le CH de Chalon. L'établissement de Sevrey a vocation à accueillir des personnes détenues qui sont

systématiquement hospitalisées en chambre d'isolement thérapeutique, ne permettant pas aux patients de participer aux activités de médiations thérapeutiques. Un plan directeur immobilier a été élaboré sur le CHS de Sevrey qui prend en compte les améliorations attendues formulées dans le rapport du Contrôleur des Lieux de Privation de Liberté.

Les établissements ont déployé des projets d'éducation thérapeutique labellisés par l'ARS, notamment en diabétologie, cardiologie, néphrologie, pneumologie, pédiatrie, psychiatrie, SSR. Une politique d'éducation thérapeutique a été formalisée qui rappelle l'engagement et les objectifs de l'Unité d'Education Thérapeutique (UTEPT), reconnue par l'ARS en 2013 afin d'en assurer la coordination. D'autres projets sont en cours d'élaboration notamment en hématologie-oncologie et pour la chirurgie bariatrique. Le Centre Hospitalier de Chagny a également formalisé une démarche éducative à l'attention des patients sous AVK. L'inclusion dans un programme d'éducation thérapeutique est proposée chaque fois que cela est possible aux patients souffrant d'affections chroniques, comme le programme nutrition et bien-être en psychiatrie.

La sortie du patient est organisée dès son admission, chaque fois que cela est possible, dans les différentes filières de soins. Les établissements de Chalon et de Chagny utilisent une plateforme d'orientation de placement d'aval post MCO. La sortie à domicile ou le transfert vers d'autres filières d'aval est organisé avec les différents intervenants de la prise en charge. Une check-list est utilisée pour constituer les informations nécessaires à la sortie des patients (ordonnances, fiche de liaison paramédicale, courrier de sortie ou fiche de liaison médicale, convocation de RDV de consultation de suivi...). Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans le respect des règles de confidentialité.

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée. Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonnes pratiques et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis comme le protocole de prise en charge de la douleur aiguë en première intention par les infirmiers au CHS de Sevrey et au sein du service de médecine d'urgence. Sur le CH de Chagny, les modalités de l'évaluation de la douleur chez le patient dans le service de médecine sont décrites dans une procédure et appliquées. Des outils d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants, les enfants et les douleurs psychiques sont mis à la disposition des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est développé sur les trois établissements de santé, dans tous les secteurs d'activité où ils sont attendus : des RCP, RMM, CREX, REMED, ..., sont menées et les professionnels y sont conviés. Le dispositif d'accueil du patient est évalué par le biais de l'enquête E-SATIS et par certaines enquêtes spécifiques à certains secteurs d'activité.

Le processus dispose de moyens d'évaluation : audits internes, APP, RCP, RMM, CREX, suivi des événements indésirables (EI) et des réclamations, questionnaires de satisfaction. Des tableaux de bord du suivi des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) sont formalisés et actualisés. Sur le CHS de Sevrey, les thématiques concernent par exemple le délai d'attente en CMP, la préparation de la sortie, la tenue du dossier patient somatique ; sur le CH de Chalon, des Staff EPP et des indicateurs de pratiques cliniques ont été mis en place, ainsi que des RMM transversales notamment avec le CHU de Dijon ; sur le CH de Chagny, la contention physique, la fin de vie et la nutrition ont été priorisés. Des revues de pertinence des journées d'hospitalisation ont aussi été menées tant sur le CH de Chagny que sur le CHS de Sevrey.

Les résultats des indicateurs obligatoires (IQSS) sont communiqués aux professionnels et aux usagers. La méthode du patient traceur a été très largement expérimentée en équipe pluriprofessionnelle et multicatégorielle, comme sur le CHS de Sevrey où 13 patients traceurs ont été réalisés en 2018.

Les établissements suivent également les indicateurs du programme Hôpital Numérique en lien avec le processus du parcours patient. Enfin, les conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP sont évaluées annuellement.

A / AGIR

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

Les établissements développent des réseaux et disposent de nombreuses conventions visant à favoriser l'

accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion : conventions avec les établissements de SSR, avec la médecine gériatrique, avec l'HAD, le Réseau Bourgogne pour le patient insuffisant rénal, PRADO, la fondation AIDER Bourgogne pour le patient hémodialysé, le CSAPA Kairn de Chalon pour la prise en charge des addictions, le réseau Eureka, ...

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'action dispositif institutionnel. Les professionnels sont informés des résultats des évaluations et des suivis des actions menées, au cours des réunions d'encadrement soignant, des réunions de pôles et des réunions d'équipes dans les unités de soins. Au niveau institutionnel, les instances, dont la Commission des Usagers, se réunissent à périodicité définie et les améliorations instaurées relatives au parcours du patient y sont présentées et validées, et les compte-rendus sont diffusés.

La communication sur les enjeux du parcours patient, et sur les actions conduites, est assurée via la lettre mensuelle des établissements de santé à destination des professionnels. En externe, des réunions sont organisées avec les partenaires du soin afin d'améliorer le parcours de santé et de vie des patients à la sortie de l'hospitalisation : réseau MAIA, Alzheimer, réseau VIF / Violences conjugales.... Les sites internet et les médias utilisés (affichages internes, plaquettes d'information...) complètent le dispositif d'information à destination du public, comme les cafés de l'info sur des thèmes de santé publique.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les besoins de la prise en charge spécifique des patients détenus, notamment sur l'EPSM de SEVREY ne sont pas toujours pris en compte.</p> <p>Sur l' EPSM de SEVREY, les patients détenus sont systématiquement pris en charge dans les chambres d'isolement thérapeutique des unités d'admission adulte. Ils ne peuvent pas ainsi participer aux activités thérapeutiques dans le cadre d'un projet de soins défini et n'ont pas, par ailleurs, la possibilité de fumer. Ils fument ponctuellement dans les chambres d'isolement en présence des soignants. Un schéma directeur a été élaboré et est en cours de validation au niveau institutionnel afin que deux chambres sécurisées soient dédiées dans une unité de soins d'hospitalisation complète qui permettront de prodiguer des soins de qualité.</p> <p>Sur le Centre Hospitalier William Morey, les deux chambres sécurisées situées dans le service d'orthopédie respectent le cahier des charges initial au niveau de leur configuration et ont bénéficié d'amélioration tant au niveau matériel et équipement (table, chaise, télévision, ...) qu'au niveau organisationnel sur les modalités d'hospitalisation des personnes détenues suite à la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.</p>	19a
	PS	<p>Les Projets Personnalisés de Soins (PPS) ne sont pas toujours formalisés.</p> <p>Sur les 3 établissements de santé visités, les projets thérapeutiques sont élaborés mais formalisés et tracés partiellement dans les dossiers informatisés des patients. L'actualisation du projet thérapeutique se retrouve parfois dans l'onglet synthèse du dossier patient dématérialisé, voire dans le volet infirmier au niveau des transmissions ciblées. Les patients traceurs l'ont confirmé tant en MCO, en psychiatrie qu'en médecine. Les directions des soins en sont conscientes et le choix d'un dossier patient unique sur le GHT sera éventuellement une solution pour solutionner le problème identifié.</p>	17a
	PS	<p>L'information sur l'état de santé des patients n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient, comme l'ont confirmé les patients traceurs.</p> <p>Lors des visites des unités de soins sur les 3 sites investigués, les professionnels tant médicaux que non médicaux affirment transmettre oralement des informations au patient, à sa famille et / ou à son entourage sur l'état de santé initial et tout au long de son séjour sans le tracer systématiquement dans le dossier du patient. Les patients traceurs réalisés en MCO, Médecine et en Psychiatrie ont confirmé le manque de traçabilité de l'information donnée au patient sur son état de santé.</p>	11a

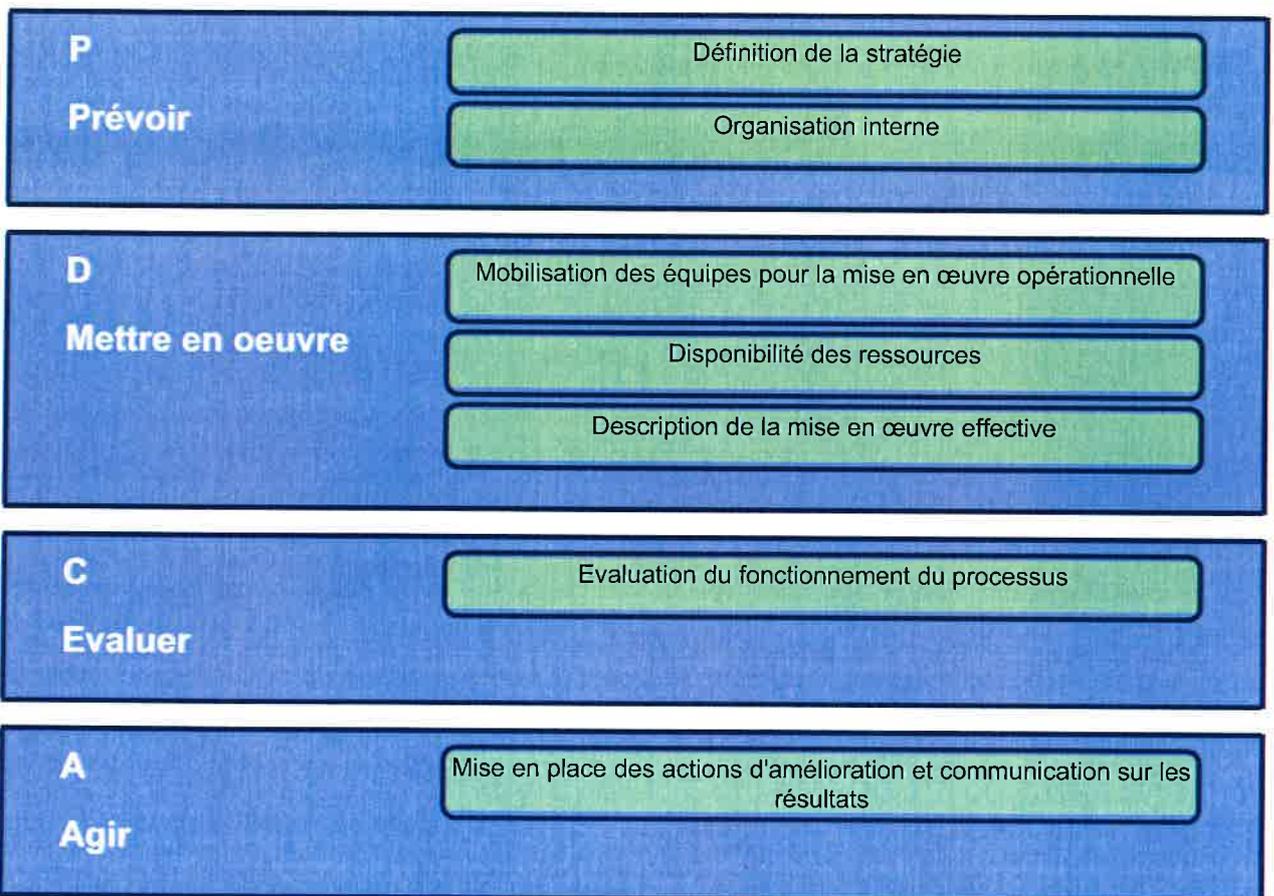
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une carte d'identité de la thématique relative au dossier patient commune aux 3 Centres Hospitaliers (William Morey, Sevrey et Chagny) a été rédigée en mars 2018. Elle est le fruit de la concertation des 3 établissements et précise les enjeux majeurs : "assurer une continuité et une coordination des soins compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier patient et de la juxtaposition des dossiers informatisés et papier" et "assurer une accessibilité aux patients et aux professionnels en référence à la réglementation en vigueur". Elle fixe les 4 objectifs suivants :

- Améliorer l'interfaçage entre les différents logiciels métiers et le DPI des différents établissements
- Diminuer l'archivage papier et améliorer la gestion du dossier papier
- Assurer la confidentialité des données non communicables
- Améliorer l'utilisation et la connaissance du dossier patient informatisé par les professionnels de chaque site

Les trois établissements de santé ont établi une cartographie de risques selon une méthodologie propre à chaque site (REQUA BFC ou VEGA), puis ils ont identifié 4 risques communs. Des risques spécifiques à chaque établissement ont également, été identifiés. Chaque établissement identifie ses actions d'amélioration et conduit son propre plan d'actions. Les plans d'actions sont spécifiques à chaque établissement en fonction de la criticité des risques identifiés, des supports utilisés (papier ou informatique) et des actions préalablement menées. Chaque PAQSS est validé par les instances des établissements.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus dossier patient est assuré par un binôme dans chaque établissement. Les fiches de missions (fiches génériques) des pilotes des thématiques sont rédigées ainsi que celle de la fiche de poste de l'infirmière cognitive. Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels via les systèmes informatisés de logiciel documentaire. Pour les Centres Hospitaliers de Chagny et Sevrey, l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge ont accès au dossier Patient Informatisé (DPI) selon des profils définis. Le Centre Hospitalier William Morey utilise, également, des logiciels métiers spécifiques: urgences, réanimation, anesthésie, pédiatrie, non interfacés avec le DPI ce qui a amené la mise en place de fiches de liaison entre les différents acteurs. Le Centre Hospitalier William Morey est en cours de changement de logiciel. Des documents explicitant les liens entre les deux logiciels centraux ont été rédigés permettant l'accessibilité et la consultation des observations et des courriers. Des formations aux utilisateurs du DPI sont organisées au Centres Hospitaliers William Morey, notamment pour les nouveaux arrivants. Une IDE cognitive, pilote du processus également est affectée à cette mission. Elle assure une partie de ses missions au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey, également. Des procédures par site définissent les modalités et dispositions prises par les établissements pour permettre aux patients, aux mineurs ou aux ayants droits en cas de décès, l'accès aux informations contenues dans le dossier médical. Les informations relatives au droit d'accès au dossier médical sont présentes dans le livret d'accueil qui est remis à chaque personne hospitalisée. La cellule clientèle du Centre Hospitalier William Morey est en charge de l'accès du patient à son dossier; dans les autres établissements, ce sont les secrétariats de direction qui en ont la charge. Toutefois, les règles d'accès au dossier comprenant les données issues des consultations ou hospitalisations antérieures ne sont pas diffusées à tous les professionnels. Au CHWM, l'accès est difficile aux observations des hospitalisations antérieures lors de la venue d'un patient aux urgences. Cette difficulté est générée par la multiplicité des logiciels métiers et leur non inter opérabilité avec les logiciels DPI. Le risque est accru par le turnover important de médecins aux urgences, car 8 postes sont vacants sur 18. Les médecins ne reçoivent pas toujours de formation préalable à l'utilisation du DPI avant leur prise de fonction. Parfois, ils reçoivent leur login à domicile avec un envoi d'un diaporama explicatif. Au CHS de Sevrey, le dossier patient est entièrement informatisé et à disposition des professionnels de santé tant en intrahospitalier qu'en extrahospitalier. Au centre hospitalier de Chagny, les professionnels ont accès aux données des hospitalisations antérieures. Les établissements assurent la coordination des compétences des professionnels autour du processus. Au CHWM, les modalités d'archivage des dossiers sont établies entre les secrétariats médicaux et le service des archives à l'aide d'un logiciel. Au CHS de Sevrey, les secrétaires médicales sont en charge de la dématérialisation des documents papier transmis par les professionnels de santé. Au centre hospitalier de Chagny, les liens sont facilités au vu de la taille de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CHWM a créé un club utilisateurs qui se réunit 3 à 4 fois par an. Les agents invités à ce club sont des soignants (cadres de santé, infirmiers, aide soignants, sage femmes, auxiliaires de puériculture...) qui utilisent dans leur service les différents logiciels métiers, sur la base d'un référent par service. Ce club a pour objectif de présenter les évolutions et les nouveaux paramétrages des logiciels, d'échanger sur les pratiques soignantes concernant le DPI, de recueillir les questions et demandes des soignants pour le communiquer aux éditeurs des logiciels afin de faire évoluer les logiciels. Les professionnels sont informés de la politique du dossier, de sa mise en œuvre, de ses évolutions par les réunions d'encadrement une fois par mois, l'intranet, une lettre d'information avec le salaire et des notes de service. Dans l'établissement de santé de Chagny, 1 à 2 journées par an sont organisées avec l'éditeur de logiciel. Au CHS de Sevrey, une boîte à suggestions et à idées dans le logiciel fait le lien entre les utilisateurs et le groupe institutionnel dossier patient. Il existe également une procédure de demande d'évolution du dossier patient. Ceci permet de définir les documents (nouvel outil ou évolution) et la politique de communication en lien.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans les 3 établissements, des formations aux nouveaux arrivants sont organisées. Au Centre Hospitalier William Morey, une IDE détachée à la Direction du système d'information est en charge de former les nouveaux agents notamment les paramédicaux sur les logiciels existants, les secrétaires sont formées par la coordinatrice des secrétariats médicaux, les médecins par des médecins et pharmaciens référents. Au CHS de Sevrey, une formation conjointe démarche et écriture dans DPI du raisonnement clinique est proposée aux IDE et cadres de santé du CHS (70 IDE en 2017). D'autres formations plus généralistes sur l'utilisation du DPI sont organisées (79 en 2017). Les procédures mode dégradé et de reprise de données en cas de panne informatique sont formalisées. Au Centre Hospitalier William Morey, il existe un guide d'utilisation du dossier patient. Au CHS de Sevrey et au Centre Hospitalier de Chagny, une procédure de tenue du dossier patient. De nombreuses procédures sont accessibles au CHS (demande d'évolution du dossier patient, procédure de tenue du dossier ; de dématérialisation du dossier patient; de contenu du dossier patient; d'accès au DPI; d'accès aux informations personnelles contenues dans le DPI) comme au CHWM (guide des bonnes pratiques d'utilisation des logiciels, power point de modes opératoires du dossier médical informatisé et des consultations des observations et des courriers saisis dans le nouveau logiciel à partir du dossier médical commun). Cependant, les formations aux utilisateurs ne sont pas toujours organisées et suivies. Des formations institutionnelles sont en place depuis plusieurs années et font l'objet d'un bilan annuel. La formation des médecins aux nouveaux logiciels est toutefois peu suivie. 60% des médecins formés en 2017, 44 médecins sur 300 formés en 2018. Les médecins vacataires notamment aux urgences ne sont pas toujours formés au logiciel DPI et aux interfaces. Une procédure est néanmoins affichée dans le bureau médical des Urgences. Cette procédure est également jointe dans l'enveloppe remise au médecin intérimaire. Les postes informatiques sont suffisants en nombre et en qualité dans les 3 établissements. L'archivage est organisé dans les 3 établissements. Au CHS de Sevrey, le dossier archivé est entièrement dématérialisé au décours d'une ré-hospitalisation. Au CHWM, les locaux et les modalités d'archivage sont conformes. Au CH de Chagny, les archives actives ne sont pas dans un local spécifique et sécurisé. Lors de la visite, il a été constaté des dossiers dans une armoire ouverte dans un bureau utilisé par une assistante sociale.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au CHS de Sevrey, le dossier du patient est créé pour la partie administrative par les secrétaires médicales avec le logiciel dédié interfacé avec le logiciel dossier patient. Ce dossier est constitué des antécédents psychiatriques et somatiques, la biographie, les observations médicales et paramédicales, les comptes rendus de synthèse cliniques... Les documents papiers sont numérisés : résultats de biologie et imagerie; documents liés à l'hospitalisation sans consentement; courriers, désignation de la personne de confiance... Il existe un lieu d'archivage pour les dossiers antérieurs à 2010. En cas de ré-hospitalisation d'un patient venu avant 2010, ce dossier est scanné et intégré au logiciel dossier patient.

Au Centre Hospitalier William Morey, le dossier administratif est créé par du personnel dédié ; celui-ci permet l'affectation à une unité fonctionnelle et à un lit et génère le dossier patient. Le dossier est composé d'une partie papier (bilan premier secours, courrier du médecin traitant, dossier transfusionnel; les examens sont classés dans différentes rubriques selon les disciplines) et d'un dossier informatique comprenant plusieurs logiciels. Il existe un logiciel principal pour l'ensemble des services et des logiciels en fonction des services: service accueil urgences, service de réanimation, service de néonatalogie, service d'anesthésie. Un nouveau logiciel central est en cours de déploiement, actuellement les courriers médicaux les observations médicales et les comptes rendus y figurent. Des modalités différentes de transmission du dossier patient, de sortie ou de transfert du patient sont édictées en fonction du service de venue initiale du patient et de son adressage. Ces modalités de transmission font l'objet de procédures avec des enveloppes spécifiques dédiées avec une check list afin de vérifier l'exhaustivité des

éléments transmis.

A l'hôpital de Chagny, le logiciel administratif est interfacé avec le logiciel dossier patient.

Le dossier informatisé comprend la personne de confiance, personne à prévenir, protection juridique, le recueil de données, le plan de soins, les transmissions, les prescriptions, différentes grilles d'évaluation... Dans le dossier papier figurent les comptes rendus externes, les examens d'imagerie... Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés en temps utile par tous les professionnels. Les rééducateurs (Kiné, ergothérapie) dans le service de balnéothérapie au Centre Hospitalier William Morey, au Centre Hospitalier de Chagny, au CHS de Sevrey, ainsi que certains médecins tracent peu leurs observations dans le dossier patient; ce que confirment les patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits ont été menés au CHS de Sevrey comme un audit traçabilité des soins IDE en juin 2016 et janvier 2018 ou un audit dossier patient en mars 2018. Des évaluations sont menées comme le suivi de l'utilisation des fonctionnalités "notification et validation de sorties" et l'utilisation des fiches "information patient en hospitalisation complète"(directives anticipées et personne de confiance). Au Centre Hospitalier de Chagny un audit dossier a été réalisé en 2013 sur la traçabilité des soins (transmissions, traçabilité de la prescription et des actes du kinésithérapeute, de la psychologue et de la diététicienne, traçabilité du recueil des habitudes de vie, respect du délai de la prescription médicamenteuse, planification et traçabilité des pansements, prescription et traçabilité des AVK, traçabilité de l'identification de la personne de confiance, présence du courrier de fin d'hospitalisation, délai d'envoi inférieur à 8 jours). Un audit sur la traçabilité de la personne de confiance a été mené en 2017. Au Centre hospitalier William Morey, un audit sur le classement du dossier patient papier a été effectué en 2018, un audit sur la saisie des informations à l'entrée en pédiatrie, un audit dossier de soins 2016 et 2017. Les indicateurs qualitatifs de suivi du nouveau logiciel central et un indicateur qualitatif de suivi de l'utilisation des logiciels liés à la prise en charge des patients en pédiatrie sont suivis.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été identifiées lors de la mise en commun des risques et les résultats des indicateurs internes et externes. Le programme d'amélioration est spécifique à chaque site et validé par les instances de chaque établissement. Le changement de logiciel central afin d'interfacer les différents logiciels métiers est en cours au CHWM. Une trame d'un courrier de sortie a été élaborée au CH de Chagny; différentes procédures ont été réactualisées au CHS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Les règles d'accès au dossier comprenant les données issues des consultations ou hospitalisation antérieures ne sont pas diffusées à tous les professionnels L'accès est difficile aux observations des hospitalisations antérieures lors de la venue d'un patient aux urgences. Cette difficulté est générée par la multiplicité des logiciels métiers et leur non inter opérabilité avec les logiciels DPI. Le risque est accru par le turn over important de médecins aux urgences car 8 postes sont vacants sur 18. Les médecins ne reçoivent pas toujours de formation préalable à l'utilisation du DPI avant leur prise de fonction. Parfois, ils reçoivent leur login à domicile avec un envoi de power point explicatif.	14a
D / Disponibilité des ressources	PS	Des formations aux utilisateurs ne sont pas toujours organisées et suivies Des formations institutionnelles sont en place depuis plusieurs années et font l'objet d'un bilan annuel. La formation des médecins aux nouveaux logiciels est toutefois peu suivie. 60% des médecins formés en 2017, 44 médecins sur 300 formés en 2018. Les médecins vacataires notamment aux urgences ne sont pas toujours formés au logiciel DPI et aux interfaces. Une procédure est néanmoins affichée dans le bureau médical des Urgences. Cette procédure est également jointe dans l'enveloppe remise au médecin intérimaire.	14a
	PS	Les modalités d'archivage ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité des données. Au CH de Chagny, les archives actives ne sont pas dans un local spécifique et sécurisé. Lors de la visite, il a été constaté des dossiers dans une armoire ouverte dans un bureau utilisé par une assistante sociale.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés en temps utile par tous les professionnels Les rééducateurs (Kiné, ergo....) dans le service de balnéo au CHWM, au Ch de Chagny, au CHS ainsi que certains médecins tracent peu leurs observations dans le dossier patient; ce que confirment les patients traceurs.	14a

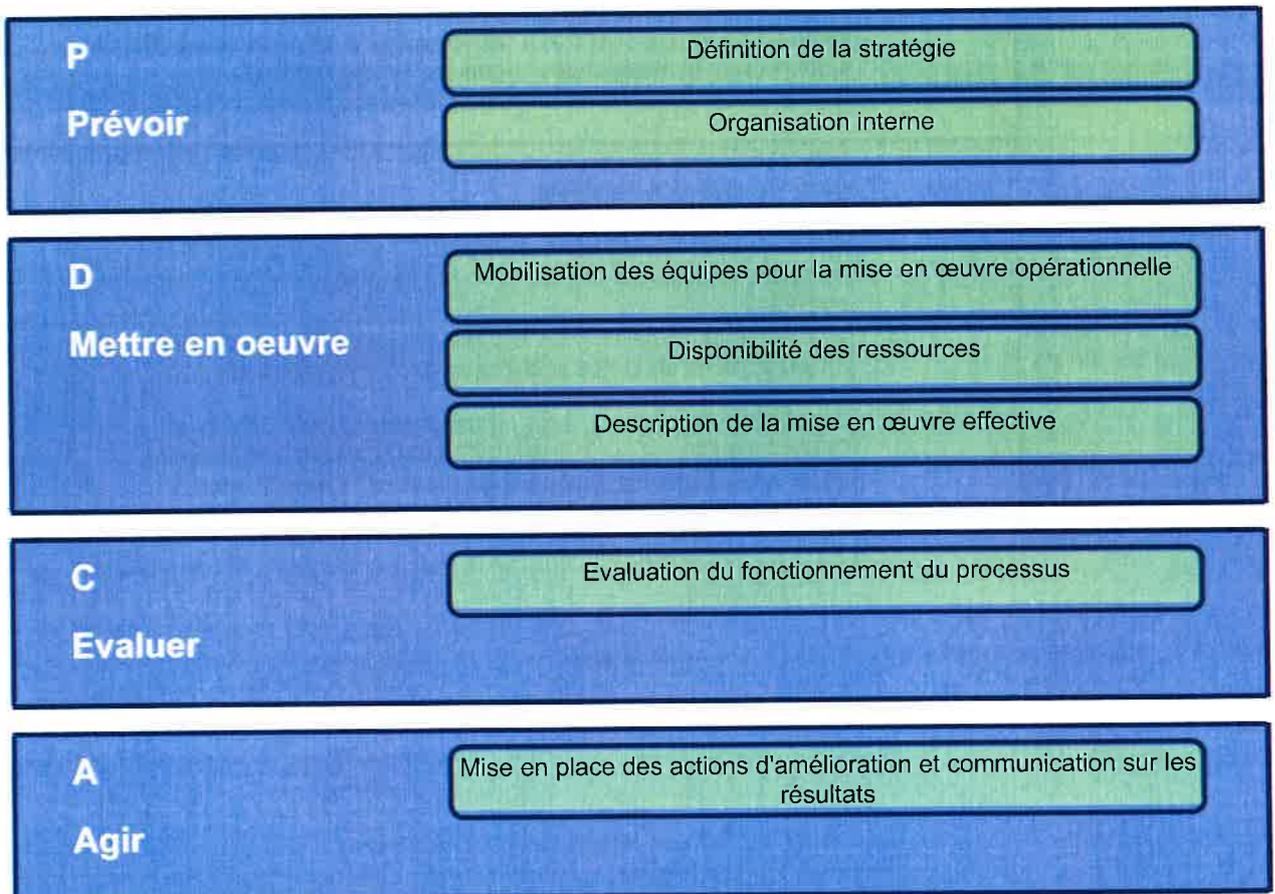
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).
Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un COPIL "identitovigilance" GHT a été mis en place en avril 2017. Ce groupe de travail collégial réunit les huit établissements du GHT sous la dénomination "GTI-GHT". Cette démarche commune a fait émerger un besoin et une volonté de co-construire une politique et de pérenniser des temps d'échanges privilégiés avec la création de la Cellule Territoriale d'Appui en identitovigilance. La politique commune a été finalisée en février 2018. Elle a été validée par les instances de deux établissements : le CHS de SEVREY en mars 2018 et le Centre Hospitalier William Morey en février 2018. Elle devrait être présentée aux instances du Centre Hospitalier de Chagny prochainement. Les enjeux sont formalisés : assurer une sécurité optimale du respect de l'identité tout au long de sa prise en charge et mener une évaluation et une optimisation permanente des pratiques. Trois objectifs communs ont été déclinés :

- Amélioration des pratiques professionnelles en matière d'identification des patients
- Développement de la culture d'identitovigilance des professionnels
- Sensibilisation et responsabilisation des patients.

La stratégie répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant le dossier patient menées à l'aide d'une grille du REQUA- BFC. Trois risques ont notamment été identifiés au niveau GHT. Les risques à haute criticité font l'objet d'un plan d'actions complet (déclinaison des bonnes pratiques, élaboration de procédures et /ou de documents de suivi, évaluation de pratiques professionnelles par le biais d' EPP, d'audits, de suivi d'indicateurs, élaboration de plans d'actions au regard du résultat des évaluations, actions de sensibilisation et de formation de tous les professionnels, création de supports d'information).

ORGANISATION INTERNE

Au niveau stratégique, un comité qualité des établissements du Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) et une instance territoriale d'échanges et d'appui en identitovigilance ont été mis en place au sein du GHT avec des pilotes identifiés. Chaque établissement dispose d'une cellule d'identitovigilance opérationnelle. Cette instance organise concrètement la mise en œuvre des objectifs définis dans la politique. Elle est dotée d'un règlement intérieur qui définit son fonctionnement. Elle s'assure de l'adéquation des procédures, évalue l'application, propose des plans d'action et rend compte à l'instance pilotage qualité risques de son établissement. Des pilotes désignés en assurent l'opérationnalité, ceux ci participent aux réunions semestrielles du GTI-GHT. Au Centre Hospitalier William Morey, il existe également un groupe de travail identitovigilance composée de soignant, de professionnels de la Direction des Services Informatiques et d'administratifs, ainsi qu'une cellule opérationnelle d'identitovigilance (COPI). Cette dernière est en charge de la correction des identités, des situations sanitaires exceptionnelles, des exercices... Des formations et sensibilisations à la prévention des erreurs d'identification des patients sont organisées dans les 3 établissements. Les adjoints administratifs et les secrétaires médicales bénéficient de formations spécifiques à leur prise de fonction. Les procédures, modes opératoires, en lien sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée et à disposition des professionnels. Les professionnels et les usagers sont sensibilisés aux enjeux de l'identification par des affiches, flyers, mémo...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels s'impliquent dans les actions d'amélioration de leur secteur d'activité. Des protocoles spécifiques ont été élaborés : création anticipée d'un dossier bébé; sécurisation de l'identité des jumeaux en néonatalogie. Les résultats des différents indicateurs (nombre de doublons, nombre d'actions correctives...) sont communiqués à l'ensemble des agents par le biais de l'intranet et dans différentes instances (comité de vigilances, CSIRMT, comité qualité, CME...). Au Centre Hospitalier William Morey, les professionnels sont informés avec leur bulletin de salaire. Les professionnels sont incités à déclarer les événements indésirables en lien.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au CHS de Sevrey, tous les nouveaux arrivants (secrétaires médicales, infirmières, aides-soignants...) bénéficient d'une formation à l'identitovigilance. Les médecins sont formés dans le cadre de la formation à l'utilisation du logiciel DPI. Au Centre Hospitalier William Morey, une formation à toutes les vigilances a lieu le 1er mercredi de chaque mois et est ouverte aux IDE. Au Centre Hospitalier de Chagny, la formation à l'identitovigilance s'effectue dans le cadre de la formation pérenne aux nouveaux arrivants. Les

procédures nécessaires (modalités de pose de bracelet d'identification, vérifications de l'identité, conduite à tenir en cas d'homonymie, gestion des identités..) sont disponibles dans les gestions documentaires des établissements. Dans 2 établissements (CHWM et le CH de Chagny), la pose du bracelet d'identification est généralisée. Le bracelet peut avoir un signe visuel supplémentaire lorsque plusieurs patients dont les noms sont très proches, sont hospitalisés en même temps. Pour le CHS de Sevrey, la réflexion est en cours pour les populations les plus vulnérables (patients déambulants avec des troubles sensoriels et/ou cognitifs graves) et lors des transferts vers d'autres établissements.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au Centre Hospitalier William Morey, la création de l'identité patient est réalisée par le personnel administratif des urgences ou lors des consultations / hospitalisations.

Au CHS de Sevrey, la création d'identité est effectuée par le service de la Gestion Administrative des Patients (GAP) ainsi que les secrétaires médicales. Au Centre Hospitalier de Chagny, c'est le personnel des admissions qui est chargée de la gestion de l'identité lors des heures ouvrables. La majorité des entrées sont programmées dans ces périodes. En dehors de ces temps, c'est le personnel soignant qui en a la charge. A l'arrivée du patient, celui-ci doit produire une pièce d'identité valide. Une recherche est effectuée dans le logiciel administratif avec le sexe et la date de naissance. Lorsque l'identité est retrouvée, il est procédé à la création de la venue en vérifiant l'état civil. Des questions ouvertes sont déclinées: nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone... Si aucune identité n'est retrouvée, celle-ci est générée à partir de la pièce d'identité puis elle est scannée.

Au Centre Hospitalier William Morey ainsi qu'au Centre Hospitalier de Chagny, le bracelet d'identification est posé pour tout patient hospitalisé, accueilli pour un acte à risque et en attente d'orientation médicale aux urgences (patients en attente brancard). La pose du bracelet peut être refusée par le patient, ce refus doit être noté dans le dossier patient. L'identité du patient est systématiquement contrôlée à toutes les étapes de la prise en charge, avant tout soin ou geste technique ainsi qu'avant toute administration de médicament. Si l'état de santé du patient le permet, il doit lui-même décliner son identité à la demande du soignant. La lisibilité du bracelet est vérifiée avant tout acte ou geste technique et changé à chaque mutation de service.

Au Centre Hospitalier de Chagny, la pose du bracelet est tracée ainsi que le changement tous les 10 jours. Une attention particulière est portée lors des brancardages, des renforts entre professionnels et lors de la présence d'étudiants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un état des lieux des pratiques de l'identitovigilance a été réalisé en juillet 2016 au Centre Hospitalier de Chagny, et en juin 2016 au CHS de Sevrey et au Centre Hospitalier William Morey. Chaque établissement du GHT recueille des indicateurs et les transmet pour analyse semestrielle au niveau GTI-GHT. Ces indicateurs sont ceux des audits e-ticss :

- nombre de dossiers avec copie de pièce d'identité
- nombre de doublons dépistés et traités
- nombre de fusions
- nombre de collisions.

Un audit semestriel commun sur les traits stricts ainsi qu'une EPP annuelle doivent être mise en œuvre. Au Centre Hospitalier William Morey, une EPP annuelle port du bracelet est réalisée depuis 2016, ainsi qu'un suivi des non conformités en biologie, le suivi et analyse des FEI et l'exploitation des CREX. Au Centre Hospitalier de Chagny, lors de la semaine de sécurité des patients, la chambre des erreurs comprenait 2 erreurs d'identitovigilance. Les établissements recueillent les indicateurs hôpital numérique (P1.1 et P1.2) ainsi que les IPAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre au CHS Sevrey sont la sensibilisation des usagers et leur invitation à la Cellule d'Identito Vigilance. Un mémo à destination des secrétaires et du personnel de la GAP a été créé. Au Centre Hospitalier de Chagny, il a été rédigé une procédure de création d'identité à destination du personnel soignant pour des admissions en dehors des heures ouvrables. Des actions de communication et de sensibilisation des professionnels et des usagers ont été réalisées. Au Centre

Hospitalier William Morey, une boîte mail "fusion identité" à destination des laboratoires de biologie, l'imagerie médicale et les archives a été créée. Un travail sur la gestion des homonymies a été mené, le repère visuel sur les bracelets d'identification a été mis en place.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

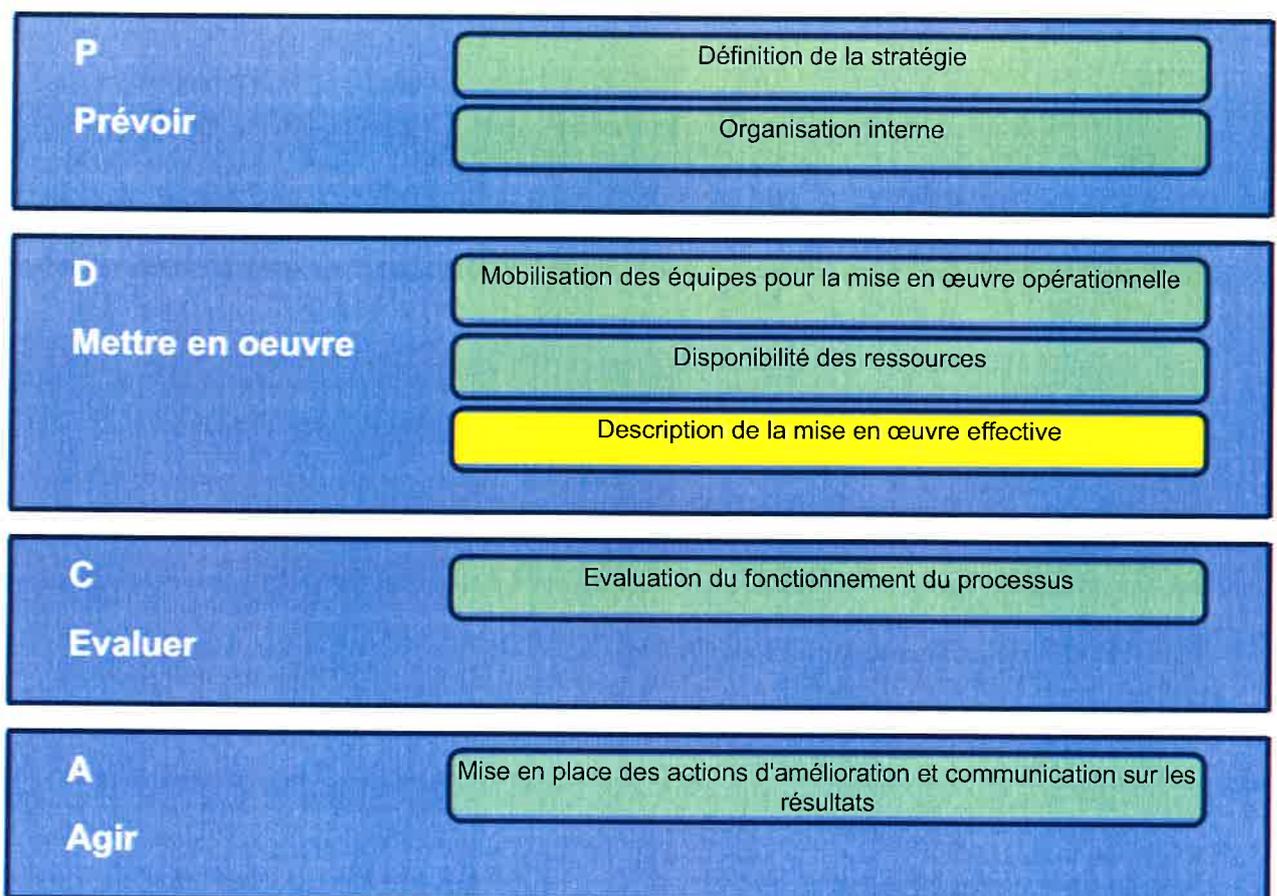
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet Médical et de soins partagé du territoire du GHT Saône et Loire Bresse Morvan a permis de définir et formaliser la stratégie de prise en charge médicamenteuse des établissements du GHT. Cette stratégie a été validée par les instances de chaque établissement et les instances du GHT. Ce projet présente une ambition collective de développer la prise en charge médicamenteuse avec l'élaboration d'une fiche spécifique « pharmacie ». Une note stratégique du GHT de 2018 définit la prise en charge médicamenteuse comme un axe de travail commun entre les trois établissements : le Centre hospitalier de Chalon sur Saône (CHWM), le Centre hospitalier spécialisé de Sevrey (CHS) et le Centre hospitalier de Chagny (CH).

Une analyse des risques a été effectuée à l'occasion de l'élaboration du compte qualité associant les pilotes du processus pour les risques communs aux 3 établissements et des groupes pluri-professionnels pour les risques spécifiques à chaque établissement. Les sources de données utilisées par les établissements sont multiples : les orientations stratégiques nationales et leur déclinaison régionale, les rapports d'inspection des PUI, l'analyse de la cartographie des risques à priori et des risques à posteriori (bilan des EI, CREX, EPP, audits, patients traceurs, les indicateurs nationaux et autres évaluations).

Les établissements ont pu définir 4 risques communs :

- Risque lié à la rupture de PEC médicamenteuse entrée/sortie,
- Absence d'identification d'un médicament jusqu'à son administration,
- Risque de non sécurisation lié aux logiciels informatiques,
- Prescription inadaptée à la personne âgée.

Ainsi que des risques spécifiques à chaque établissement : 3 risques pour le CH William Morey, 4 Risques pour le CH de Chagny et 3 Risques le CHS de Sevrey.

Sur la base de la cartographie des risques et de l'analyse des risques, des actions d'améliorations ont été définies et intégrées dans le programme global qualité sécurité des soins (PAQSS). Les modalités de sa mise en œuvre sont définies (objectifs, actions, responsables, échéances et modalités de suivi). Les plans d'action sont suivis par les pilotes du processus.

Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode proposée par l'HAS (gravité, fréquence, criticité)

Une politique commune du médicament a été élaborée en Mars 2018 et a pour objectifs :

- d'assurer la sécurisation du circuit du médicament,
- de réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable,
- de garantir la juste prescription chez les patients à risque en particulier chez la personne âgée,
- d'analyser les risques à priori,
- d'informatiser le processus de prise en charge médicamenteuse,
- d'améliorer la formation et l'information de l'ensemble des acteurs,
- d'assurer le respect des recommandations de bonnes pratiques,
- de promouvoir la culture gestion des risques,
- de maîtriser les coûts,
- de sécuriser le lien ville-hôpital.

Ces stratégies sont validées par les instances ou comités des différents établissements : CME, COMEDIMS, CSIRMT et le comité qualité de coordination du GHT. Les plans d'action (PAQSS) sont suivis par les instances. Les risques communs du compte qualité sont retrouvés dans les PAQSS de chaque établissement.

ORGANISATION INTERNE

Les trois établissements (CH William Morey de Chalon sur Saône, le CH de Chagny et le CHS de Sevrey) disposent d'une politique de la PEC médicamenteuse qui intègre la juste prescription du sujet âgé et d'un manuel qualité spécifique pour chacun des établissements. Le CAQES est signé pour le CH William Morey.

Chaque établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI). Les locaux des PUI et de l'URC sont conformes aux attentes (sécurisation des locaux, séparation des zones de retrait des médicaments, préparation des médicaments avec des postes isolés, zones de sécurité pour la préparation des traitements chimiothérapeutiques).

Le pilotage est organisé pour le processus PECM : un pharmacien de PUI est responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de son établissement désigné par chaque directeur d'établissement. Il existe une volonté forte des pharmaciens de favoriser l'harmonisation des pratiques et de la culture qualité en participant au Comité des pharmaciens qui regroupe l'ensemble des établissements du GHT.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans une fiche de missions validée par le directoire de chaque établissement du GHT. Ils assurent le pilotage stratégique. Le pilotage opérationnel se fait en collaboration avec les responsables qualité des établissements en lien avec les différents groupes de travail impliqués dans la prise en charge médicamenteuse : le groupe « EPP médicament », le club utilisateur du dossier patient informatisé, la commission des gaz et des antibiotiques du CHWM, les COMEDIMS des 3 établissements et le COMITE des pharmaciens du GHT. Les COMEDIMS se réunissent au minimum 3 fois par an.

Le processus est ensuite décliné dans les services par la direction des soins et l'encadrement de l'établissement.

La gestion des médicaments à risques est organisée avec une liste des médicaments à risque validée par la CME spécifique pour chaque établissement. Une politique d'achat est en place. Les prescriptions chez les patients à risque : pédiatrie, insuffisants rénaux, personnes âgées sont prises en compte.

La conciliation des traitements médicamenteux est engagée et l'analyse pharmaceutique est organisée.

Chaque établissement a établi son « manuel qualité » dans lequel les règles de prescription sont formalisées, notamment la prise en compte du traitement personnel du patient dans la stratégie médicamenteuse, les modalités de dispensation ainsi que les règles d'administration et de bonnes pratiques sont définies. Dans le cadre du GHT, un projet d'achat d'un automate est en cours.

Les effectifs en compétences dans les PUI sont en place (secrétariat, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, internes, comptable, agent de service hospitalier). L'organigramme de chaque PUI est défini, actualisé ainsi que celui de l'unité de reconstitution chimiothérapique (URC).

L'accès aux PUI est conforme à la réglementation. La liste des prescripteurs habilités est transmise à chaque PUI par les directions des ressources humaines. Concernant les stupéfiants, la liste des médecins habilités à prescrire est retrouvée dans les PUI de même que la liste des médecins habilités à prescrire des chimiothérapies à l'URC du CHWM

Une organisation de la permanence pharmaceutique est en place en interne. Au CHWM une astreinte toute l'année, au CH et CHS une procédure dégradée en dehors des heures d'ouverture de la PUI : dotation dans les services pour besoins urgents et recours aux officines de ville en dernier recours. Ces dispositions font l'objet d'une procédure. Une réflexion à l'échelle du GHT est en cours.

Les besoins en formation pour les professionnels (médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, préparateurs et personnels de l'URC) sont identifiés y compris pour les nouveaux arrivants et intérimaires.

La pharmaco et matériovigilance sont pilotés dans les établissements par la pharmacie et les services logistiques. Les alertes descendantes et ascendantes sont organisées et tracées. Un annuaire des vigilants GHT est formalisé avec le téléphone et l'adresse mail de chaque correspondant. Les alertes sont signalées et traitées.

Un référentiel relatif à l'antibiothérapie commun au GHT est formalisé et accessible sur le portail des établissements.

Au regard des besoins et des risques identifiés, en cohérence avec les exigences réglementaires, les procédures et protocoles relatifs aux différentes étapes du processus sont élaborées.

Des outils d'aide à la prescription à destination des professionnels sont disponibles. Tous ces documents sont accessibles sur l'intranet pour les professionnels, au niveau du logiciel de gestion documentaire des établissements.

Des informations et des documents sont à disposition des patients notamment dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique.

Le développement du système d'information a permis l'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse dans l'ensemble des établissements de la certification commune en intra hospitalier comme en ambulatoire. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place et une gestion des

pannes/dysfonctionnement est organisée. Les résultats de biologie sont reçus en informatique et accessible depuis le dossier patient. Les besoins concernant le système d'information sont identifiés dans chaque établissement. Une procédure est rédigée pour les situations d'indisponibilité du système d'information, impliquant un fonctionnement en mode dégradé.

Les interfaces sont organisées avec les services logistiques, techniques et administratifs, et des mécanismes de coordination entre services cliniques et les PUI sont définis. Les circuits intègrent en particulier, le transport de l'oxygène, des médicaments avec les particularités inhérentes aux stupéfiants, la gestion des déchets. Les établissements disposent d'une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments : rangement, transport, stockage ; l'accès aux PUI est sécurisé.

Cependant, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation et de l'administration des médicaments en hôpital de jour ne sont pas complètement mises en place au CHS. Lors de la rencontre avec la pharmacienne et la visite d'un hôpital de jour, il a été constaté que dans les trois hôpitaux de jour adulte au CHS de Sevrey, les prescriptions peuvent être effectuées par un médecin autre qu'un médecin de l'établissement (psychiatre libéral, médecin généraliste). La dispensation des traitements prescrits ne se faisant pas par la PUI, il n'y a pas d'analyse pharmaceutique du traitement du patient. Pour ces cas, la traçabilité de l'administration n'est pas assurée. Il existe une réflexion avec une organisation institutionnelle et une fiche action sur cette problématique. Le risque a été identifié par l'établissement dans la politique de la PECM au CHS, a fait l'objet d'une fiche action dans le plan d'amélioration de la qualité, d'un audit des pratiques en 2015, d'une procédure de la PECM en hôpital de jour validée en décembre 2016.

L'établissement a reconnu ce risque identifié lors de la visite. Une procédure « Circuit des médicaments et des dispositifs médicaux délivrés par la pharmacie à usage intérieur (PUI) révisée en 2017 » décrit au chapitre 4.8 l'organisation des médicaments pour le pôle C » Prise en charge médicamenteuse en hôpital de jour extrahospitalier adulte ». Dans cette procédure, le patient apporte son traitement et prend son traitement seul en présence des infirmiers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le COMEDIMS travaille en collaboration avec les commissions des antibiotiques et la commission des gaz et fluides médicaux au CHWM. Les directions des soins et l'encadrement sont responsables de la déclinaison du processus de la prise en charge médicamenteuse dans les services accompagnés des pilotes du processus et des services qualité des établissements. Les équipes d'encadrement sont impliquées pour communiquer auprès des équipes les bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse. De nombreuses réunions d'information sont en place dans les différents services des établissements. Une pharmacienne du CHS participe aux réunions de psychiatrie infanto juvénile pour apporter une aide à la prescription médicamenteuse chez les enfants et les adolescents. Les professionnels des 3 établissements rencontrés lors de la visite sont sensibilisés au bon usage des médicaments et des bonnes pratiques. Les équipes participent au recueil et l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, à leurs déclarations et leurs traitements. Des CREX, EPP, RMM sont en place dans les établissements et associent les professionnels. Les retours du suivi des déclarations d'événements indésirables sont systématiques. Les équipes d'encadrement rencontrées sont informées des politiques et des actions d'amélioration à mettre en œuvre. Elles associent les professionnels aux actions d'amélioration en lien avec les pharmaciens et les préparateurs présents dans les services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Dans la gestion documentaire les procédures et protocoles relatifs aux différentes étapes du processus sont disponibles: le circuit du médicament avec la prescription, la dispensation et l'administration, la gestion du traitement personnel, la procédure dégradée en cas de panne informatique, les bonnes pratiques de préparations et d'administration des injectables, les dotations pour besoins urgents, le circuit des médicaments et des DM en dehors des horaires d'ouverture de la PUI au CHS et CH, la gestion des alarmes de température des réfrigérateurs, le transport des médicaments, la gestion des traitements hors livret, l'administration d'une préparation réalisée à l'URC, les prescription-dispensation-administration des stupéfiants, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire (ATU) et les médicaments dérivés du sang (MDS), les médicaments à suivi nominatif et prescription restreinte au CHWM...Des fiches de bon usage et de bonnes pratiques sont également à disposition au CHWM : bonnes pratiques de perfusion, standardisation des dilutions pour pousse-seringue, réception d'une préparation de chimiothérapie réalisée à l'URC, gestion des fractions de comprimés dans les piluliers, les nouveaux anticoagulants oraux, fiche de bon usage des dispositifs transdermiques...

Pour les professionnels, des aides au bon usage des médicaments sont également disponibles : livret

thérapeutique avec des recommandations sur le bon usage des médicaments, fiches médicaments, livret des médicaments psychotropes du réseau PIC, guide d'information des benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs à destination des personnes âgées, guide de prescription des antipsychotiques à action prolongée, programme d'éducation thérapeutique, algoguide au CHS, livret des dispositifs médicaux stériles Des informations sont assurées auprès des professionnels pour les nouveaux matériels ou médicaments.

Des formations sur l'ensemble du circuit du médicament sont organisées y compris une sensibilisation ou des formations aux erreurs médicamenteuses : Les nouveaux arrivants médicaux et paramédicaux sont formés systématiquement au logiciel informatique de prescription et d'administration ainsi qu'à la PEC médicamenteuse par les pharmaciens.

Au CH William Morey, en 2017, les soignants dont les nouveaux arrivants (médecins, internes, sages-femmes, infirmiers) sont formés par la direction du système d'information à l'ensemble des logiciels (275 en 2016, 560 en 2017), 31 agents ont bénéficié d'une formation à l'éducation thérapeutique du patient (insuffisant cardiaque, DU, rhumatologie), 102 agents à l'utilisation de la nouvelle pompe PCA, 23 agents au gaz Kalinox, 1 agent à la manipulation des cytotoxiques 22 agents aux bonnes pratiques en chimiothérapie, 28 agents à la prise en charge de la douleur. 44 agents à la chambre des erreurs, 60 agents à la gestion des risques...

De nombreuses formations sont proposées en interne : formation sur la prescription médicamenteuse chez la personne âgée en collaboration avec le pôle gériatrie, formation e-learning sur les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée, formation prescription pour les sages-femmes, formation des nouveaux arrivants en groupe semestriellement, en séances individuelles pour les logiciels métiers, formation pour les remplaçants ponctuels avec mise à disposition d'un diaporama.

Au CH de Chagny : 26 agents en 2016 et 2017 ont été formés à la prévention des erreurs médicamenteuses, 48 agents à la sensibilisation à la qualité, à la gestion documentaire et signalement, à la méthode du patient traceur, à l'analyse des causes d'un EI, à un DU de soins palliatifs.

Au CHS de Sevrey : la sensibilisation et la formation aux erreurs médicamenteuses est pérenne depuis 2013. Une pharmacienne participe aux réunions cliniques en pédopsychiatrie pour avis pharmacologique dès que nécessaire mais également au staff en pédiatrie au CHWM. Elle participe également aux séminaires des internes.

Une conférence début 2018 a eu lieu sur la certification commune et un bulletin d'information a été envoyé à tous les personnels des établissements en 2018 avec les bulletins de salaire. Des agents des établissements sont formés au CREX et RMM.

Au CH William Morey, L'URC est certifié ISO 9001. Les professionnels sont formés PPH (préparateurs pharmacie hospitalière) et bénéficient de formations externes au Centre d'oncologie Léon Bérard de Lyon. Les agents bénéficient tous les 2 ans d'un suivi auprès de la médecine du travail. Une procédure « circuit des chimiothérapies » est formalisée. Un comité qualité chimiothérapie est opérationnel et réunit le pharmacien de l'URC, le pharmacien chef de la pharmacie, le cadre du service, un préparateur et un qualitatif. Annuellement, un dossier d'habilitation est renseigné pour chaque pharmacien et préparateur de l'URC. Une fois par an des tests sont effectués (test simulation bris de flacon, test à la fluorescéine, Media fill test, test de précision). La zone de stockage ainsi que le transport des produits sont conformes à la réglementation.

Dans les différents services des 3 établissements, les locaux de stockage des armoires à pharmacie sont fermés à clef ainsi que chaque armoire de pharmacie et chariots de distribution. Un audit dans les services a été effectué pour assurer la maintenance des matériels (armoires et chariots).

Dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique au CHWM et CHS, des axes sur le médicament sont abordés. Au CHWM, une information patient sur le biosimilaire est formalisée, une sensibilisation par rapport au médicament est retrouvée dans le livret d'accueil « Médicaments, ayez les bons réflexes. Les pharmaciens du CHS organisent des ateliers thérapeutiques avec les patients, une information sur « grossesse et psychotrope est formalisée. ». Des fiches médicaments sont à disposition

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Toutes les prescriptions sont informatisées. Au CH William Morey, il existe des logiciels spécifiques pour les urgences, le service de réanimation et soins continus, de néonatalogie et du bloc opératoire.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients incluant le traitement personnel est effective à 80% au CHS de Sevrey, 100% au CH de Chagny et 30% au CH William Morey et à 100% pour les médicaments identifiés à risque. Une procédure de sélection des patients ou des ordonnances à risque est en place, validée en COMEDIMS. La dispensation est nominative et hebdomadaire pour le CH de Chagny ainsi que pour les médicaments à risque pour les 3 établissements. Elle est globalisée

hebdomadaire au CH William Morey et au CHS de Sevrey. Dès que nécessaire, au CH de Chagny un sur-étiquetage est effectué permettant l'identification du médicament, péremption et numéro de lot jusqu'à l'administration.

Des modalités spécifiques de délivrance sont organisées pour certains médicaments comme les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang, les préparations pour usage pédiatrique ou dermatologique selon la réglementation et les spécificités de chaque établissement.

L'Unité de reconstitution chimiothérapique respecte les bonnes pratiques en matière de préparation L'acheminement des médicaments est sécurisé (produits thermosensibles dispensés dans des caisses isothermes, responsables du transport identifiés, réception dans les unités de soins). Une organisation est en place, protocolisée pour la dispensation des médicaments en urgence. Un système de pneumatique est opérationnel au CH William Morey.

Les pharmaciens ont accès aux données cliniques médicales et synthèses ainsi qu'aux résultats biologiques en informatique. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus est assurée, en prenant en compte le traitement personnel du patient. Les avis pharmaceutiques permettent un dialogue avec les médecins des services et peuvent être accessibles aux paramédicaux.

Les stupéfiants sont détenus dans des coffres verrouillés. Les sacs d'urgence au CHS et les chariots d'urgence au CH William Morey et CH de Chagny sont scellés et vérifiés tous les mois. Un réfrigérateur dont la température est contrôlée selon les bonnes pratiques est disponible pour les médicaments. Les systèmes de rangement sont conformes (rangement par DCI, rangement et étiquetage des médicaments à risque, stockage vertical du MEOPA et de l'oxygène sécurisé). Les préparateurs référents du CHWM interviennent trimestriellement dans les services pour la vérification des stocks, des périmés. La pharmacie assure une visite de contrôle annuellement avec une traçabilité écrite des passages. Pour le CHS de Sevrey, une vérification semestrielle du stock de la pharmacie est effectuée au par le personnel de la PUI. Un mail est envoyé aux cadres mensuellement pour un retour des médicaments périmés.

Dans les unités de soins, le rangement des médicaments obéit aux bonnes pratiques (stock minimal, entretien et contrôle des armoires à pharmacie, gestion du traitement personnel, entretien des locaux et des équipements, gestion du contenu et des périmés des sacs d'urgence). Les rangements des armoires pour les médicaments, les solutés, les dispositifs médicaux et les chariots de distribution sont harmonisés dans chaque établissement. Au CHS de Sevrey, les traitements individuels sont préparés par les équipes de nuit et au CHWM les équipes d'après-midi pour les secteurs MCO et SSR et vérifiés au moment de l'administration.

Les médicaments sont la plupart du temps identifiables jusqu'au moment de la prise. La traçabilité de l'administration se fait en temps réel, tous les services visités étaient équipés d'ordinateur sur les chariots de distribution. L'identité du patient est vérifiée. L'information du patient sur le bon usage des médicaments est assurée. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid) sont respectées y compris pour les médicaments à risque. De nombreux documents d'enregistrement et de traçabilité sont renseignés par les professionnels : traçabilité des stupéfiants, températures des réfrigérateurs, contrôles des matériels d'urgence (mensuel), entretien des armoires mobiles de médicaments et des dispositifs médicaux, réévaluation de l'antibiothérapie à 72h, DM au bloc opératoire.

Les affichages sont organisés dans les salles de soins des services (tableau des changements de spécialités, temps de conservation des solutés buvables...). Les équipes rencontrées lors des visites sont impliquées pour sécuriser le circuit du médicament. Les bases documentaires permettent un accès aux procédures et protocoles et aux outils d'aide à la prescription, la dispensation et l'administration.

Néanmoins, les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre. La prescription des anesthésistes ne reprend pas de manière systématique le traitement personnel du patient. Le conditionnel "si besoin" est souvent retrouvé dans les prescriptions mais la durée n'est pas toujours précisée.

Les règles de dispensation ne sont pas complètement sécurisées. Lors des visites de service au CHWM et CHS Sevrey, il a été constaté que les médicaments n'étaient pas toujours identifiables au moment de l'administration. Il n'y a pas de sur étiquetage des plaquettes. Le GHT a un projet d'automate en cours. Ce projet concerne l'achat d'un automate de production de doses unitaires.

De plus, il n'existe pas toujours de traçabilité de la non-administration. Lors des visites de service au CHS de Sevrey, il a été constaté dans un service que les comprimés fractionnés en 2 sont parfois conservés pour une autre administration. Les médicaments prescrits ne sont pas toujours administrés et il n'existe pas de traçabilité de la non administration. Cela a pu être constaté lors des parcours en chirurgie ambulatoire et Santé mentale. L'établissement a identifié ces risques. Un audit de prescription des « si

besoin » a été effectué au CHS en novembre 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les établissements participent aux campagnes de recueil des indicateurs IQSS et relèvent les indicateurs Hôpital Numérique. Les inspections des PUI au CHS de Sevrey et au CH William Morey ont permis de mettre en place des actions d'amélioration. Les pilotes du processus disposent de tableaux de bord permettant le suivi du programme.

Au CH William Morey, il existe de nombreux indicateurs internes (suivi annuel des dotations de stupéfiants, indicateurs CAQES, visite d'armoire, suivi des ruptures produits, dépenses, bilan annuel de la pharmacie/stérilisation, suivi d'indicateurs à l'URC...). Des Staff EPP (pharmacie clinique) et des EPP sont menés comme l'« administration des médicaments ». L'établissement réalise des audits et des quicks audits réguliers. Une chambre des erreurs a été organisée avec l'IFSI du Chalonais. Il existe une démarche de certification ISO 9001 à l'URC. Les indicateurs CBU/CAQES sont suivis.

Au CH de Chagny, des audits sont en place (pertinence de la prescription des antibiotiques, pertinence du paracétamol IV, médicaments non identifiables lors de l'administration, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé). L'établissement suit également des indicateurs internes via le bilan annuel de la pharmacie.

Au CHS de Sevrey, il existe de nombreux indicateurs internes (bilan annuel d'activité de la pharmacie, évaluation des contrats de pôle, nombre de prescriptions validées lors de l'analyse pharmaceutique/nombre de prescriptions rédigées, nombre de prescriptions validées avec avis pharmaceutique /nombre de prescriptions validées, nombre de déclaration des EI analysées en CREX, nombre de personnes formées à la sécurisation de la PECM). Des audits sont menés dans les unités de soins. Des EPP sont développées.

Des CREX, RMM et patients traceurs dans l'ensemble des établissements. Les résultats inférieurs aux seuils et aux objectifs fixés sont examinés et font l'objet d'actions versées au PAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les risques communs sont inscrits dans chaque PAQSS institutionnel. Outre les risques communs, chaque établissement a inscrit dans son PAQSS les actions d'amélioration en lien avec ses propres risques. Le suivi des actions d'amélioration est assuré par les pilotes du processus et les responsables qualité. Les résultats des indicateurs nationaux sont accessibles sur les sites internet et intranet des établissements. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels sur la gestion documentaire et lors des réunions des cadres de santé, les bulletins d'information et les journaux internes, dans les instances de l'établissement (Comité de coordination qualité des 3 établissements, CME, COMEDIMS, CSIRMT, les COPILS qualité des établissements et le comité stratégique du GHT) et auprès des représentants des usagers en CDU. Des publications et posters sur les médicaments sont réalisées et diffusées par les pharmaciens du CHWM et CHS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation et de l'administration des médicaments en hôpital de jour ne sont pas complètement mises en place au CHS</p> <p>Lors de la rencontre avec la pharmacienne et la visite d'un hôpital de jour, il a été constaté que dans les trois hôpitaux de jour au CHS de Sevrey, les prescriptions peuvent être effectuées par un médecin autre qu'un médecin de l'établissement (psychiatre libéral, médecin généraliste), la dispensation ne se fait pas par la PUI. Il n'y a pas d'analyse pharmaceutique du traitement du patient. La traçabilité de l'administration n'est donc pas assurée. Il existe une réflexion avec une organisation institutionnelle et une fiche action sur cette problématique. Le risque a été identifié par l'établissement dans la politique de la PECM au CHS, a fait l'objet d'une fiche action dans le plan d'amélioration de la qualité, d'un audit des pratiques en 2015, d'une procédure de la PECM en hôpital de jour validée en décembre 2016. L'établissement a reconnu ce risque identifié lors de la visite. Une procédure « Circuit des médicaments et des dispositifs médicaux délivrés par la pharmacie à usage intérieur (PUI) révisée en 2017 » décrit au chapitre 4.8 l'organisation des médicaments pour le pôle C » Prise en charge médicamenteuse en hôpital de jour extrahospitalier adulte ». Dans cette procédure, le patient apporte son traitement et prend son traitement seul en présence des infirmiers.</p>	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre.</p> <p>La prescription des anesthésistes ne reprend pas de manière systématique le traitement personnel du patient. Le conditionnel "si besoin" est souvent retrouvé dans les prescriptions mais la durée n'est pas toujours précisée.</p>	20a bis
	PS	<p>Il n'existe pas toujours de traçabilité de la non-administration. Les comprimés fractionnés en 2 sont parfois conservés en santé mentale (services Emeraude et Edelweiss), médicaments conservés pour une autre administration. Les médicaments prescrits ne sont pas toujours administrés et il n'existe pas de traçabilité de la non administration. L'établissement a identifié ces risques. Un audit de prescription des "si besoin" a été effectué au CHS en novembre 2017.</p>	20a bis
	PS	<p>Les règles de dispensation ne sont pas complètement sécurisées.</p> <p>Lors des visites de service au CHWM et CHS Sevrey, il a été constaté que les médicaments n'étaient pas toujours identifiables au moment de l'administration. Il n'y a pas de sur étiquetage des plaquettes. Le GHT a un projet d'automate en cours. Ce projet concerne l'achat d'un automate de production de doses unitaires.</p>	20a bis

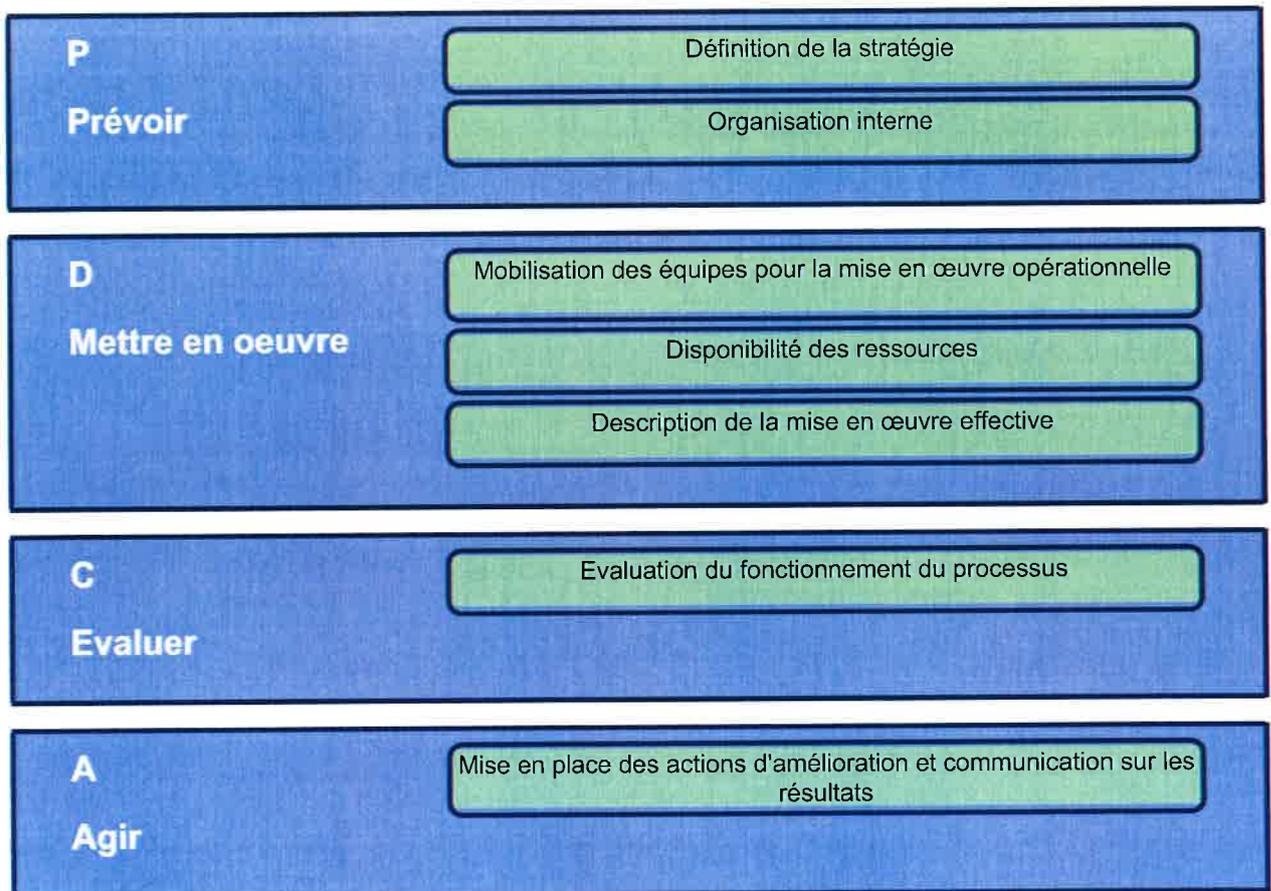
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>Le GHT Saône et Loire Bresse Morvan a identifié dans le projet médical et soignant un axe relatif à la filière Urgences : "Mieux coordonner les parcours et intégrer la réflexion territoriale dans les projets en cours". Le GHT dispose de trois établissements prenant en charge des urgences et des soins non programmés, l'établissement de Chalon sur Saône ayant l'activité la plus importante. Dans le projet médical et soignant du GHT, trente filières ont été identifiées. Certaines intègrent la dimension urgences et soins non programmés. L'analyse de risques à partir de la cartographie de ces filières a permis d'identifier des risques spécifiques à la thématique "prise en charge en urgence et soins non programmés". Cette analyse a également pris en compte les éléments issus des plaintes et réclamations, et des déclarations des événements indésirables. La méthode établie pour l'établissement afin de définir la criticité des risques a été appliquée. Les risques les plus critiques concernant les filières ou risques généraux ont été versés au compte qualité. Dans le compte qualité, les risques identifiés pour les filières sont au nombre de quatre. Deux risques généraux ont été identifiés. Le secteur Urgences Pédiatriques a identifié ses risques et sont versés au programme d'action de l'établissement. Des risques ont également été identifiés en lien avec la filière de pédo psychiatrie et versés au PAQSS de l'établissement. L'identification des risques et les plans d'action ont fait l'objet de présentation au sein du service, du pôle et en commission qualité. Cependant, l'identification des risques relatifs à la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés" n'est pas exhaustive. L'identification des risques a été réalisées sur les filières (parcours) telles que définies au sein du GHT, en prenant en compte les entrées et admissions non programmées. Les risques identifiés sur les urgences pédiatriques dont le niveau de criticité a été établi selon la méthode établie par le GHT ne sont pas retrouvés dans le compte qualité de l'établissement sur la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés", mais ont été intégrés au compte qualité dans la thématique « parcours patient - population spécifique – enfants ». Il n'a été effectué d'analyse de risques spécifiquement sur le service d'accueil des urgences et soins non programmés adulte, tel que cela a été confirmés lors des rencontres.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>Les locaux sont situés au niveau -1 du centre hospitalier William Morey, seul lieu d'accueil de soins non programmés pour les établissements de W. Morey, Sevrey et Chagny. Ils permettent l'accueil et l'orientation des patients adultes, pédiatriques, et ceux pouvant relever de la santé mentale ou de gynéco-obstétrique. L'organisation des locaux est prévue pour :</p> <ul style="list-style-type: none">- un accès rapide en cas d'urgence vitale,- les premiers soins relevant de prise en charge ambulatoire,- l'orientation vers la pédiatrie,- les zones d'attente des patients, des patients allongés, patients en brancard en attente de transfert et les accompagnants. <p>La maison médicale est dans les locaux du CH William Morey de façon contigue aux locaux des urgences adultes et pédiatriques. Des salles de prise en charge des urgences vitales sont clairement identifiées dont une dédiée à la pédiatrie si besoin.</p> <p>Deux unités d'hospitalisation sont en continuité du service des urgences "adultes" :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'unité Médicale d'Urgence pour des durées de 24 à 48 heures,- le service d'hospitalisation d'urgence pour une durée durée supérieure et relevant pas systématiquement de secteurs d'hospitalisation sur le CH W. Morey, et pouvant relever de la santé mentale. <p>Les organisations des urgences adultes sont formalisées dans un règlement intérieur pour le secteur adulte, différenciant les accès pour les patients dits "debout" et les patients "coucher". Il est pris en compte la prise en charge pédiatrique, du fait de l'accès unique. L'organisation des urgences pédiatriques fait l'objet d'une charte de fonctionnement décrivant les critères d'admission, les organisations administrative, médicale et non médicale. Un projet de création d'une unité d'hospitalisation de courte durée en pédiatrie est en cours. La gynécologie est prise en charge par les sages-femmes à proximité immédiate du secteur de salles de naissance au premier étage.</p> <p>Différentes procédures sont établies décrivant le fonctionnement interne des secteurs d'urgence, des salles d'urgence vitale, de la PASS, urgence ophtalmologique, en cas de panne informatique...</p> <p>Le secteur a prévu une organisation adaptée à son activité pour l'orientation et accueil des patients</p>

adultes et enfants. Un dispositif hôpital en tension est prévu : constitution d'une cellule de veille quotidienne avec suivi indicateurs et tableaux de bord, possibilité d'anticipation de sortie de patients, de révision des hospitalisations programmées et déclenchement d'ouverture de lits supplémentaires en orthopédie et cardiologie.

Les dispositifs de formation sont prévus pour l'ensemble des professionnels ainsi que de gestion des compétences. Le dossier patient est informatisé avec :

- un logiciel spécifique pour les urgences adultes,
- le logiciel DPI de l'établissement en cours de déploiement pour la pédiatrie,
- le dossier informatisé spécifique obstétrique.

Un dispositif de suivi de l'activité en place : journalier ou mensuel pour les trois types de prises en charge des urgences. Selon les organisations, ce suivi est issu du système d'information ou sur format papier. Un suivi des affluences de patients selon les horaires est en place à partir du logiciel d'enregistrement administratif des patients.

Les interfaces sont prévues et organisées avec les services supports nécessaires à la prise en charge des patients dans le cadre des urgences et des soins non programmés : biologie, imagerie dont TDM et IRM, prise en charge transfusionnelle. le brancardage des patients est centralisé pour l'établissement, avec une gestion informatisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les secteurs accueillant des patients en non programmés ont des plans d'action spécifiques à leur activité. Le signalements d'événement indésirable est en place avec un retour d'expérience par les analyses effectuées par les professionnels d'encadrement médicaux et non médicaux. Les professionnels sont sensibilisés actions aux actions de leur propre secteur par les cadres de santé et les médecins. Les activités des secteurs sont suivis et les professionnels en sont informés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en professionnels non médicaux sont suffisants avec une polyvalence de la plupart des IDE sur les trois secteurs : IOA, premiers soins et secteur. Les ressources sont également pourvues sur le secteur de pédiatrie et pour la gynécologie par une sage-femme. Les ressources médicales sur le secteur adulte sont partagées avec le SMUR (18 ETP, tous disposant de la CAMU) et un poste de médecine générale. Elles sont suffisantes en ayant recours à l'interim pour les postes vacants (au jour de la visite huit postes non pourvus). Les pédiatres ayant les doubles compétences en pédiatrie et en néonatalogie assurent la permanence médicale sur le secteur pédiatrie. Deux psychiatres sont détachés afin d'assurer les consultations non programmées de jour, et une astreinte pour la nuit.

Les différentes procédures permettant la prise en charge rapide des patients sont connues des professionnels notamment celles relatives :

- aux salles de prise en charge des urgences vitales (SAUV) décrivant organisation, checklist des matériels, organisation de l'entretien, liste des thérapeutiques disponibles notamment pour la salle dédiée à la pédiatrie,
- à la gestion des effets personnels des patients avec stockage en armoire sécurisée au sein du service pour éviter pertes ou vol
- au "retour du patient sortant du SAU : bonnes pratiques" décrivant l'organisation administrative, les consignes d'hygiène et le respect de la dignité des personnes lors de transferts de patient en interne ou vers un autre établissement.

Les formations des professionnels sont mises en oeuvre notamment des IOA avec une formation de trois jours organisée par le CESU 71. Une formation régulière relative aux gestes d'urgences est assurée. Les IDE et puéricultrices du secteur de pédiatrie bénéficient également de nombreuses formations en lien avec les nouveau-nés et enfants. La formation des nouveaux arrivants est organisées (4 jours de doublage pour les IDE en secteur adulte).

Les urgences utilisent un module métier qui est complètement intégré dans le DPI central ; le dossier de sortie des urgences est consultable dans les DPI centraux. Le dossier patient des urgences est interfacé pour consultation des données médicales et paramédicales du patient dans le logiciel dossier informatisé institutionnel patient que ce soit pour le séjour en cours ou les précédents séjours. Cet accès permet aussi la consultation des prescriptions et ordonnances établies au SAU. La présentation des différents séjours du patient au sein de l'établissement est classée par service d'accueil, hospitalisation ou consultations, selon un déroulé chronologique.

Des pochettes de sortie permettent de contenir l'ensemble des documents papier transmis avec une chek list sur la face avant permettant de contrôler l'exhaustivité des documents à transmettre selon le patient et sa destination.

Plusieurs outils d'aide aux professionnels sont également en place et utilisés par les professionnels : la grille CIMU, une fiche de synthèse des activités et des circuits des professionnels au sein des urgences au niveau de l'accueil (IDE 1ers soins, IOA, agent administratif d'accueil) permettant de repérer les fonctions de chacun.

Les équipements d'hôtellerie et de biomédical sont en bon état et en nombre suffisant. Chaque salle est équipée de scope, d'un ordinateur et une imprimante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont accueillis par l'IOA permettant d'identifier le secteur dont relève le patient (soins ambulatoires, secteur dit coucher, urgences vitales). Tous les patients sont orientés vers les secrétaires d'accueil, assurant le contrôle de l'identité du patient par la pièce justificative d'identité. En cas d'identité non connue, la procédure spécifique est utilisée. Les enfants sont orientés vers le secteur de pédiatrie après enregistrement des données administratives. La sécurisation de l'identification des patients est assurée par le port d'un bracelet d'identification pour tout patient dont la pathologie conduirait à son hospitalisation ou à sa sortie sur service des urgences. Cette conduite est identique sur le secteur de pédiatrie. Les listes des médecins de spécialité sont disponibles dans les salles de soins afin d'avoir recours rapidement aux avis. Les secteurs d'imagerie sont disponibles en permanence, ainsi que l'IRM. L'interprétation de l'imagerie est disponible sur les journées et en télé transmission pour les nuits et weekend ou pour les TDM et IRM. La télé radiologie est développée pour les avis de neurochirurgie et de neuro-radiologie avec le CHU de Dijon. Pour la pédiatrie, les images sont transmises au CHU de Lyon pour interprétation. En cas de nécessité d'imagerie interventionnelle les patients sont transférés sur le CHU de Dijon. L'établissement dispose d'une hélisation et d'un hélicoptère dédié au SMUR 71. Sur les horaires de journée du lundi au vendredi, des IDE de gestion des flux assurent le recensement des lits disponibles sur l'établissement et assure la fluidité des parcours. Le DPI des urgences adultes permet la mesure du temps de prise en charge des patients. Pour les secteurs de pédiatrie, cette mesure est assurée par un document papier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Chaque secteur assure le suivi des indicateurs d'activité horaire. Les délais d'attente sur les différents secteurs sont suivis et font l'objet d'actions spécifiques. Sur le secteur des urgences gynécologiques et obstétricales, un suivi mensuel d'activité est assuré. Sur le secteur adulte, plusieurs modalités de mesure l'activité (nombre de passages et d'hospitalisation, les secteurs d'aval hébergeurs, le suivi du nombre de patients ayant dormi au SAU et le motif) sont synthétisés dans des tableaux de bord suivis par encadrement et les médecins. Un audit périodique sur les délais de prise en charge en urgence pédiatrique a été effectué en 2018, sur une période de sept jours (297 passages dont 29 suivis d'hospitalisation). Les temps de prise en charge médicale et la durée de la prise en charge totale sont évalués. Un questionnaire de satisfaction est distribué systématiquement sur une période de sept jours permettant l'évaluation de la satisfaction des patients. Cette évaluation est renouvelée trois fois par an. Le suivi et le traitement des fiches d'événements indésirables sont effectués par l'encadrement médical et non médical. Un CREX est en place sur le secteur SMUR, et est en cours de réflexion sur le secteur des urgences, qui néanmoins assure le retour d'expérience des déclarations concernant le service. Les plaintes et réclamations sont analysées par le chef de service.

A / AGIR

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

Les actions identifiées pour les différents secteurs sont mises en place ainsi que le suivi d'évolution. Les indicateurs sont communiqués quotidiennement au sein du service des urgences et les tableaux de bord mensuellement en réunion de pôle. Une communication en CDU est réalisée une fois par an ainsi que les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients. Les communications sont également favorisées lors des deux réunions annuelles de service sur les secteurs urgences adultes et pédiatrie.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>L'identification des risques relatifs à la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés" n'est pas exhaustive.</p> <p>L'identification des risques a été réalisées sur les filières (parcours) telles que définies au sein du GHT, en prenant en compte les entrées et admissions non programmées. Les risques identifiés sur les urgences pédiatriques dont le niveau de criticité a été établi selon la méthode établie par le GHT ne sont pas retrouvés dans le compte qualité de l'établissement sur la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés" , mais ont été intégrés au compte qualité dans la thématique « parcours patient - population spécifique – enfants ».</p> <p>Il n'a été effectué d'analyse de risques spécifiquement sur le service d'accueil des urgences et soins non programmés adulte, tel que cela a été confirmés lors des rencontres.</p>	25a

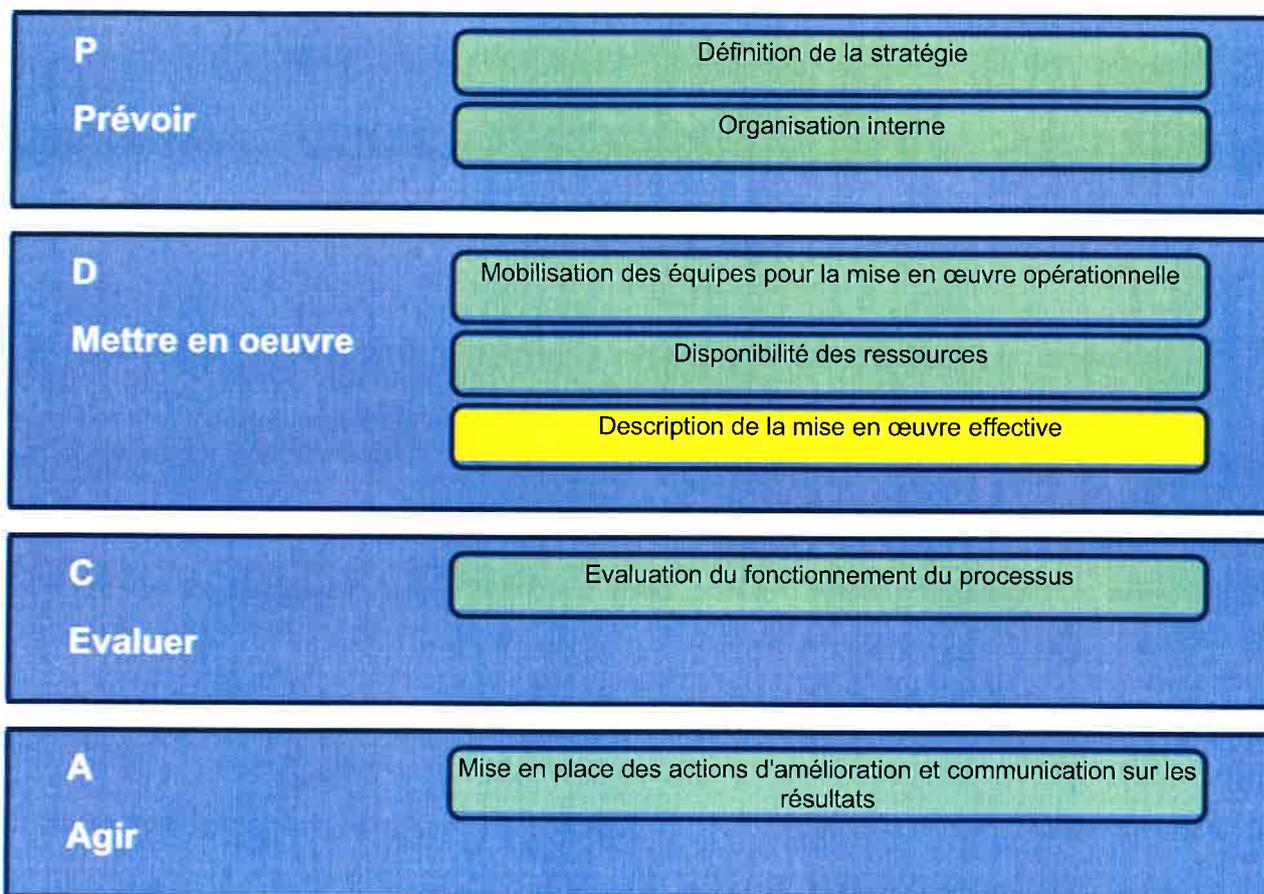
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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'activité opératoire du Groupement Hospitalier du Territoire Saône et Loire Bresse - Morvan est réalisée exclusivement au Centre Hospitalier William Morey de Chalon-Sur-Saône. Les orientations stratégiques d'établissement relatives aux activités opératoires sont retrouvées dans le projet d'établissement 2014-2019 avec des enjeux quantitatifs et qualitatifs. Par ailleurs, un des enjeux majeurs du projet médico-soignant du territoire est l'optimisation de la filière chirurgicale territoriale dans un processus d'organisation générale des ressources humaines et matérielles. Les objectifs reposent notamment sur l'optimisation de l'accueil du patient au bloc, l'optimisation des liens bloc/services, l'intégration et la fidélisation des professionnels paramédicaux et des Médecins Anesthésistes Réanimateurs notamment. Les secteurs blocs opératoires se composent de :

- 9 salles d'opération, dont 4 plombées. 5 salles en ISO 5, 3 salles en ISO 7, 1 salle réservée aux césariennes en urgence ;
- 1 salle pour les soins externes ;
- la SSPI se compose de 18 postes mutualisés ;
- l'unité de chirurgie ambulatoire de 10 places.

Toutes les chirurgies y sont réalisées, ainsi que la rythmologie interventionnelle en dehors de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie et de la chirurgie de l'enfant de moins de 1 an. Le service de chirurgie ambulatoire et le bloc obstétrical sont contigus au bloc opératoire. La pédiatrie assure la prise en charge chirurgicale des enfants. Les actes sont réalisés, soit de façon programmée, en ambulatoire, ou en hospitalisation conventionnelle, ou en urgence. L'activité d'endoscopie et la pose de chambre implantable représente en grande partie l'activité non chirurgicale du bloc opératoire. Tous ces actes pouvant être réalisés sous anesthésie générale, loco-régionale ou locale.

L'établissement a identifié et analysé les risques au niveau du bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire, en utilisant plusieurs sources :

- le rapport de la V2010,
- les résultats des indicateurs IQSS obligatoires du secteur : "Tenue du dossier d'anesthésie" (DAN-TDA) ; "Traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire avec une échelle en SSPI" (DAN-TRD) ; "Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire" (ICA-LISO),
- l'indicateur du programme hôpital numérique "D4.2 : Taux d'interventions au bloc opératoire planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation",
- le bilan des événements indésirables.

Ceci a permis d'élaborer une cartographie des risques, de manière pluri-professionnelle et pluri-disciplinaire, sur la base de la grille institutionnelle en 5 niveaux. Cette cartographie a permis de dégager 4 risques prioritaires et des plans d'actions validés par le conseil de bloc, communiqués aux instances de l'établissement, intégrés dans le compte qualité et dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Les instances de pilotage du bloc opératoire se réunissent environ 3 fois/an : Conseil de bloc et commission des utilisateurs. La charte de fonctionnement du bloc opératoire en vigueur a été définie et validée en 2013 par le conseil de bloc. Cependant, cette charte ne précise pas complètement les règles de fonctionnement qui doivent répondre :

- aux exigences sécuritaires et organisationnelles,
- aux règles de programmation et de comportement,
- aux conditions de fonctionnement hors et en garde, ainsi que les situations d'urgence,
- aux modes de fonctionnement des différents circuits (dont l'ambulatoire et les urgences), qu'ils soient patients, professionnels, linge, déchets, ...

De plus, on ne retrouve pas dans la charte du bloc en cours de révision qui a été présentée en cours d'investigation, l'identification des différentes zones à risques d'un bloc opératoire (salles d'intervention, circulation interne du bloc opératoire, sas transfert patient, circulation externe au bloc opératoire).

Pour l'activité ambulatoire, il existe une charte spécifique de l'unité qui détaille les conditions fonctionnelles de cette activité, notamment l'articulation avec le bloc opératoire. L'encadrement du service est membre du conseil de bloc.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence de ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'activité chirurgicale. Les ressources humaines paramédicales sont adaptées quantitativement et qualitativement conformément à la réglementation et à l'activité. Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants sont définies. Les ressources humaines médicales sont également adaptées à l'activité : chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, endoscopistes, pour assurer la permanence des soins.

Concernant la radioprotection des patients et des professionnels, 4 PCR (personne compétente en radioprotection) travaillent en collaboration étroite avec les pilotes du bloc. Les PCR s'assurent de la bonne utilisation des appareils radiologiques, en salles d'opération et en SSPI. Des actions de formations spécifiques pour les agents du bloc sont intégrées dans le plan global de formation de l'établissement.

Les locaux sont adaptés en nombre et en surface. Il existe en dehors des salles d'intervention, divers arsenaux et locaux identifiés, pharmacie, matériel médical, décartonnage.

Les équipements médicaux sont conformes à la réglementation et adaptés aux actes réalisés au bloc. Le suivi des pannes et la maintenance préventive et curative sont assurés par le service biomédical, via l'utilisation d'une GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur).

Le chariot d'urgence vitale est contrôlé mensuellement et après chaque utilisation.

Les ressources documentaires sont accessibles aux professionnels, soit en format électronique, ou sous format papier dans des classeurs (exemple fiches techniques).

L'ensemble des supports utiles à l'activité et les protocoles spécifiques chirurgicaux et anesthésiques, traçabilité (ouverture de salle, check- list, dispositifs implantables, dispositifs médicaux non stériles, dispositifs médicaux stériles) sont disponibles via le logiciel de bloc.

La pose de DMI est transmise à la pharmacie chargée d'en assurer la gestion.

Les plannings des professionnels et des tableaux d'astreinte sont affichés et accessibles. La programmation opératoire informatisée est accessible et actualisée.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les interfaces et les circuits sont organisés de manière à permettre l'échange d'information et la continuité des soins vers les services d'hospitalisation (existence d'une fiche de liaison entre les secteurs).

Le service hygiène est impliqué dans le bon fonctionnement du bloc, en particulier pour rappeler les règles d'hygiène et pour les différents contrôles.

La gestion des produits sanguins au bloc opératoire fait l'objet de protocoles en lien avec l'EFS avec utilisation de pneumatiques dédiés.

Les interfaces avec les processus supports (stérilisation, pharmacie, laboratoire) sont organisées, avec une particularité organisationnelle pour les prélèvements d'anatomopathologie (convention avec le laboratoire externalisé).

Il existe aussi une organisation formalisée pour les transports inter secteurs. Les brancardiers sont informés de l'ordre de passage des patients au bloc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement du bloc opératoire mobilise les équipes pour suivre les objectifs institutionnels et les plans d'action décidés en Conseil de Bloc. Il assure une information auprès des professionnels sur les résultats des audits et indicateurs réalisés au bloc (hygiène au bloc opératoire, résultats des prélèvements environnementaux). Les responsables sensibilisent aussi les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur à partir des événements indésirables déclarés via le dispositif institutionnel de déclaration et à partir des REx menés. La cartographie des risques a été travaillée en équipe, en groupes de travail. Une communication large (Conseil de Bloc, affichage) s'est faite autour des risques prioritaires et leurs plans d'actions. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (notamment les procédures, protocoles, consignes, etc.) par l'intermédiaire de réunions plénières, de staffs et par la mise à disposition d'un cahier de bord spécifique. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, par exemple : maîtrise du risque infectieux, respect des bonnes pratiques en matière de tenues professionnelles, comportement au sein du bloc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc opératoire fonctionne de 8h à 20h du lundi au vendredi et 24h/24h pour les urgences. Le service de chirurgie ambulatoire accueille les patients, les jours ouvrables, du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00.

La programmation des interventions est informatisée, via un logiciel commun des secteurs concernés de l'établissement. Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs d'activité du bloc opératoire (chirurgien, anesthésiste-réanimateur, IBODE, IADE, AS, ASH, brancardiers) et chirurgie ambulatoire, y compris pour la permanence des soins pour laquelle les effectifs sont définis (système de garde et astreinte).

L'anesthésiologie notamment a recours à des médecins remplaçants. L'amélioration de la prise en charge des patients par un effectif médical titulaire adapté à l'activité a été relevé comme objectif dans le Compte Qualité.

Une matrice des compétences du personnel du bloc opératoire IBODE/IDE est formalisée par spécialité chirurgicale.

Les professionnels sont formés et peuvent bénéficier de formations complémentaires (CESITECH "gestion des situations critiques en anesthésie obstétrique"). Des référents IBODE en hygiène, en radioprotection, CREx, matériel, hémovigilance, informatique, sont identifiés. Au niveau IADE, des référents sont également identifiés : SSPI, toxiques/pharmacie, 0.5 ETP d'IADE est dédié à la prise en charge de la douleur.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé avec un temps d'encadrement, variable selon les cas. Un livret d'accueil spécifique leur est remis. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles. La surface des locaux est adaptée à l'activité. Le bionettoyage des locaux assuré par des agents formés est tracé. Le matériel médical est entretenu et le suivi est assuré par le service biomédical pour les mises en fonction, les pannes et la maintenance ; le service d'anesthésie dispose du matériel nécessaire pour faire face à une situation complexe et d'un logiciel métier bloc. La surveillance des fluides médicaux et la surveillance environnementale : qualité de l'air et de l'eau, surfaces sont effectives.

Les contrôles aérobiocontaminations et particulaires sont effectués et tracés. Des périodes de maintenance sont définies, pour assurer l'ensemble des mesures et opérations de maintenance et travaux.

La cellule de radioprotection s'assure que les dispositions réglementaires sont respectées tant pour les patients que pour les professionnels exposés aux rayonnements ionisants. Une analyse de risques a été réalisée, par poste de travail et un zonage a été déterminé. Les professionnels ont à leur disposition des tabliers, des lunettes de protection et des dosimètres personnels et bénéficient d'un suivi médical individualisé.

Les ressources en documentation sont disponibles pour les acteurs du bloc. Cependant, le dispositif de gestion documentaire n'est pas complètement maîtrisé. Lors des vérifications de terrain, des classeurs contenant des documents non intégrés au dispositif centralisé, non datés, non signés, ont été présentés à l'expert visiteur. Cela concerne par exemple les fiches d'installation des patients en fonction du type d'intervention, ce qui ne permet pas totalement de garantir la fiabilité des informations. Les professionnels sont conscients de ce risque ; un travail de référencement et d'actualisation des documents est mené. Le choix de l'encadrement du bloc de conserver ces classeurs papier versus électronique est motivé par la rapidité d'accès aux documents malgré l'existence d'une procédure de gestion documentaire institutionnelle et la mise en place de formations institutionnelles régulières. Des documents sont accessibles pour les professionnels d'anesthésie : protocoles d'extubation, comprendre les complications, bases pharmacologiques. Les protocoles des urgences complexes (intubation difficile, hyperthermie maligne, choc anaphylactique) sont connus et accessibles. Les professionnels disposent aussi de plusieurs fiches de sécurité et de traçabilité comme la check list, le repérage ATNC.

La traçabilité d'ouverture des salles est informatisée. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et la fiche de suivi des instruments est informatisée également.

Les professionnels ont accès à la programmation opératoire, aux résultats de laboratoire et d'imagerie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent les organisations définies et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Pour permettre le bon fonctionnement du bloc opératoire, les effectifs présents sont en adéquation avec les règles des chartes de bloc et UCA. La prise en charge chirurgicale des enfants se fait en Pédiatrie. Les interventions sont programmées le jeudi pour la semaine suivante en fonction des vacances. L'affichage de la

programmation indique les différentes affectations des soignants, le type d'intervention et le matériel spécifique nécessaire. La programmation informatisée est adaptée en continu. En cas de besoin, une coordination est établie avec le service de réanimation pour prise en charge post-opératoire. Les visites de terrain et le patient traceur en ambulatoire ont confirmé que les prises en charge des patients sont sécurisées. En UCA, l'appel à J-2 et l'appel à J+1 sont réalisés. Les comptes rendus des conseils de bloc sont accessibles aux professionnels du bloc. Pour la chirurgie ambulatoire le parcours du patient est bien identifié et conforme à la charte de fonctionnement.

La check list "préparation du patient avant le bloc" est informatisée. Cependant, la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" en accès dans le logiciel de gestion du bloc n'est pas complètement mise en œuvre. Les vérifications croisées lors de la réalisation de la check-list HAS sécurité du patient au bloc opératoire sont incomplètes. Les investigations de terrain ont montré que la check-list version 2016 adaptée à la chirurgie infantile n'est pas appliquée. Les critères spécifiques à la prise en charge chirurgicale des jeunes enfants ne sont pas précisés alors que la vérification de certains éléments (identité, opération prévue, site opératoire) est source de danger. Des professionnels rencontrés sont conscients de ce risque qui n'a cependant pas été intégré dans la cartographie des risques.

La gestion du circuit des déchets a été optimisée (tri sélectif des «cartonnettes», recyclage des déchets valorisables du bloc opératoire).

La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène n'est cependant pas systématiquement mise en œuvre au bloc opératoire. Les règles d'habillage adaptées aux différentes zones du bloc ne sont pas totalement effectives et la configuration actuelle des locaux du bloc opératoire ne permet pas le strict respect de l'asepsie progressive recommandée par les sociétés savantes (croisement de tous les circuits). Le défaut d'application des règles d'hygiène est un facteur potentiel de risque d'infection de site opératoire. Si le risque n'est pas pris en compte dans la cartographie des risques, divers audits ont été menés au bloc opératoire par le SSH : Audits « préparation de l'opéré », « hygiène au bloc opératoire » et « observation entretien du bloc opératoire » avec actions d'améliorations.

Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles : les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (dossier du patient, fiche de liaison, dossier d'anesthésie, consignes chirurgicales) sont présentes pour la SSPI et les secteurs d'hospitalisation avec une continuité de la surveillance et des soins, en particulier la prise en charge de la douleur per et post opératoire.

Des réunions de coordination Direction de l'Information Biomédicale / Bloc opératoire ont lieu régulièrement afin de traiter les dysfonctionnements rencontrés.

Le transfert vers les services d'hospitalisation est assuré par les brancardiers dans des conditions de sécurité, de dignité et de confidentialité assurées, ce qui a été constaté lors des investigations terrain. Un logiciel de transport des patients facilite les échanges.

La traçabilité des actions et activités est effective pour la surveillance anesthésique per opératoire et en SSPI, la fiche de liaison entre services, ce qui a été constaté lors des investigations.

La traçabilité des DMI/DMS, des ouvertures de salle et des actes sont effectives.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : les secteurs suivent les indicateurs IQSS obligatoires du secteur : "Tenue du dossier d'anesthésie" DAN-TDA et "Traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire avec une échelle en SSPI" DAN-TRD, Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO), et ont participé à la réalisation de cartographie des risques avec une hiérarchisation de ces risques, un plan d'actions et un tableau de bord inclus dans le Compte Qualité. Un bilan d'activités annuel est réalisé au Bloc, en UCA et en Pédiatrie (prise en charge chirurgicale de l'enfant). Dans le cadre de l'évaluation du processus plusieurs audits internes ont été réalisés, dont l'évaluation de la check-list de sécurité du patient au bloc opératoire. En dehors des indicateurs obligatoires, d'autres indicateurs sont utilisés pour l'évaluation et le suivi du fonctionnement des blocs opératoires : nombre d'interventions réalisées par an, distribution des salles, taux de débordement, taux de performance et d'autres indicateurs (indicateur de conformité des prélèvements de surface au bloc, nombre d'EI). Le CREx est formalisé, avec retour notamment en CME et en conseil de bloc. Les événements graves, significatifs, associés aux soins, et/ou récurrents préjudiciables à la prise en charge du patient sont analysés.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et d'évaluations mises en œuvre au bloc opératoire sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Un tableau de bord des plans d'action définis pour les risques prioritaires ciblés, comprenant des actions d'amélioration, des pilotes, des échéances, est établi. Les plans d'action sont en cours de mise en œuvre. Les modalités de diffusion des résultats sont organisées (diffusion par voie d'affichage). La communication des plans d'action en interne est réalisée auprès des professionnels du secteur (communication lors des conseils de bloc, des comités des utilisateurs, lors de réunions de service, de staffs).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>La charte de fonctionnement définie et validée en 2013 par le conseil de bloc ne précise pas complètement les modes de fonctionnement des différents circuits. cette charte ne précise pas complètement les règles de fonctionnement qui doivent répondre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux exigences sécuritaires et organisationnelles, - aux règles de programmation et de comportement, - aux conditions de fonctionnement hors et en garde, ainsi que les situations d'urgence, - aux modes de fonctionnement des différents circuits (dont l'ambulatoire et les urgences), qu'ils soient patients, professionnels, linge, déchets, ... <p>De plus, on ne retrouve pas dans la charte du bloc en cours de révision qui a été présentée en cours d'investigation, l'identification des différentes zones à risques d'un bloc opératoire (salles d'intervention, circulation interne du bloc opératoire, sas transfert patient, circulation externe au bloc opératoire).</p>	26a
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Le dispositif de gestion documentaire n'est pas complètement maîtrisé. Lors des vérifications de terrain, des classeurs contenant des documents non intégrés au dispositif centralisé, non datés, non signés, ont été présentés à l'expert visiteur. Cela concerne par exemple les fiches d'installation des patients en fonction du type d'intervention, ce qui ne permet pas totalement de garantir la fiabilité des informations. Les professionnels sont conscients de ce risque ; un travail de référencement et d'actualisation des documents est mené. Le choix de l'encadrement du bloc de conserver ces classeurs papier versus électronique est motivé par la rapidité d'accès aux documents malgré l'existence d'une procédure de gestion documentaire institutionnelle et la mise en place de formations institutionnelles régulières.</p>	5c
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène n'est également pas systématiquement mise en œuvre au bloc opératoire. Les règles d'habillage adaptées aux différentes zones du bloc ne sont pas totalement effectives et la configuration actuelle des locaux du bloc opératoire ne permet pas le strict respect de l'asepsie progressive recommandée par les sociétés savantes (croisement de tous les circuits). Le défaut d'application des règles d'hygiène est un facteur potentiel de risque d'infection de site opératoire. Si le risque n'est pas pris en compte dans la cartographie des risques, divers audits ont été menés au bloc opératoire par le SSH : Audits « préparation de l'opéré », « hygiène au bloc opératoire » et « observation entretien du bloc opératoire » avec actions d'améliorations.</p>	26a
	NC	<p>La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" n'est pas complètement mise en œuvre. Les vérifications croisées lors de la réalisation de la check-list HAS sécurité du patient au bloc opératoire est incomplète. Les investigations de terrain ont montré que la check-list version 2016 adaptée à la chirurgie infantile n'est pas appliquée. Les critères spécifiques à la prise en charge chirurgicale des jeunes enfants ne sont pas précisés alors que la vérification de certains éléments (identité, opération prévue, site opératoire) est source de danger. Des professionnels rencontrés sont conscients de ce risque qui n'a cependant pas été intégré dans la cartographie des risques.</p>	26a

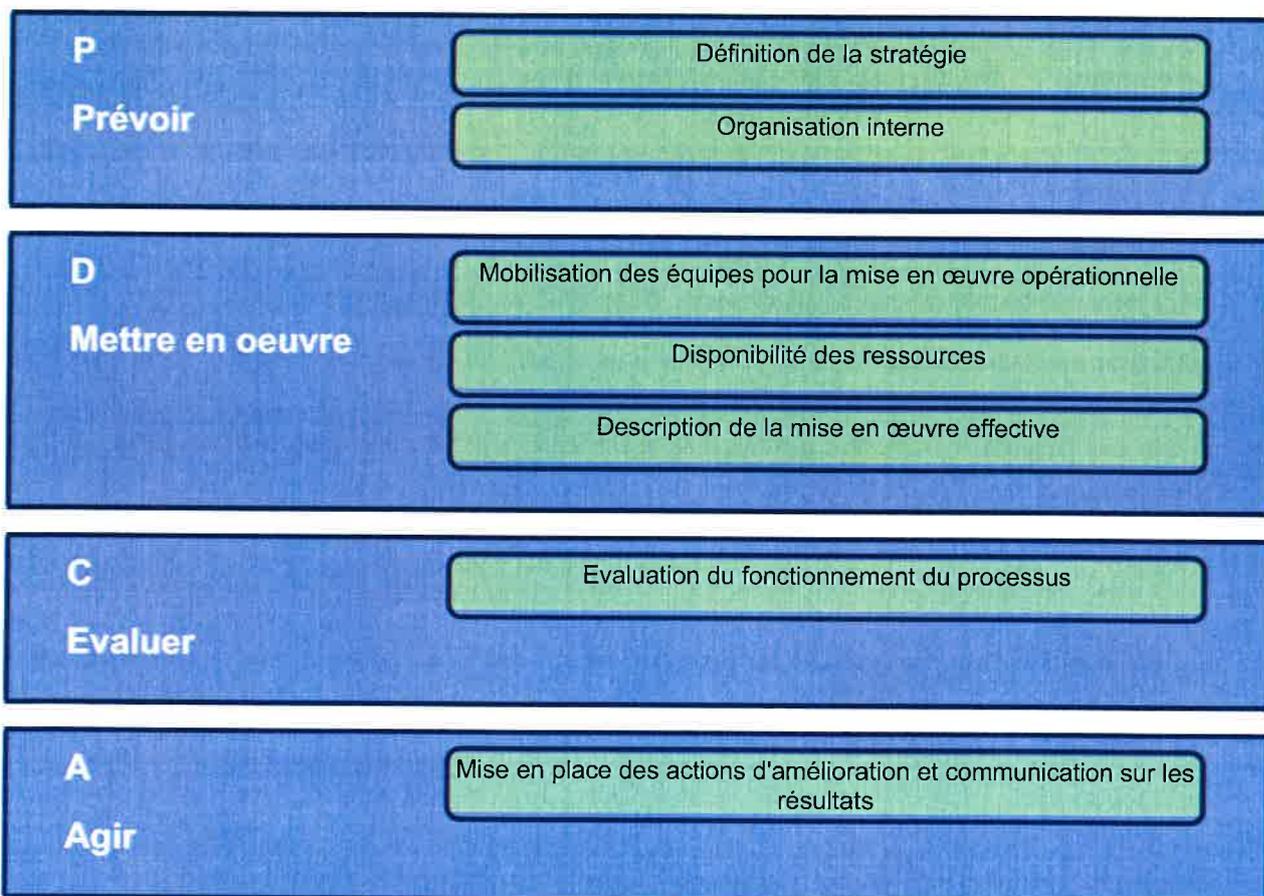
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un des axes stratégiques du projet médical et soignant du GHT Saône t Loire Bresse Morvan intègre la prise en charge en endoscopie, notamment digestive. Il y est décrit les principaux objectifs :

- diagnostiquer et traiter rapidement les hémorragies digestives,
- Se regrouper pour assurer une permanence des soins,
- Répondre aux demandes croissantes (nationale, territoriale) des activités d'endoscopies diagnostiques et interventionnelles,
- Assurer la cohérence médico-chirurgicale de la filière digestive.

Les actes d'endoscopie sont pratiqués en plateaux techniques sur les secteurs de consultations digestives, urologiques, ORL, cardiologiques (échographie trans-oesophagienne), pneumologie ou au bloc opératoire. L'identification des risques tient compte des signalements des événements indésirables, d'audits, de l'analyse de cartographie. Les risques priorités selon une méthode commune à l'ensemble du GHT sont versés au compte qualité. Ainsi neuf risques sont identifiés et ont été hiérarchisés selon la méthode définie pour les établissements du GHT. La criticité est évaluée de 2 à 20 et trois ont été versés au compte qualité. Les actions pour l'ensemble des risques sont regroupées au sein d'un programme présenté aux différentes instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique Prise en charge en Endoscopie est défini, constitué de trois professionnels un médecin gastro-entérologue, un cadre supérieur de santé du pôle et un cadre de santé (notamment du site de contamination). Ils sont membres du conseil d'endoscopie, commission pluri-professionnelles se réunissant à périodicité définie. Les organisations sont définies, faisant l'objet de procédures et référencées dans la gestion documentaire :

- l'organisation des prises de rendez-vous pour les patients hospitalisés ou consultants,
- la planification sur les consultations et au bloc en cas d'acte sous anesthésie générale,
- les modalités de pré traitement, nettoyage, stérilisation et stockage des endoscopes,
- l'information du patient,
- les éléments de traçabilité.

En lien avec le projet médical et soignant du GHT, un rapprochement avec l'établissement de Montceau les Mines permet de mutualiser les moyens médicaux en endoscopie digestive notamment pour les astreintes.

L'ensemble de ces éléments sont regroupés dans un document "Processus général d'endoscopie".

La traçabilité des actions est organisée en format papier et/ou informatique quand cela est possible (formulaire de demande d'endoscopie, consentement du patient, risque Creutzfeld Jacob, nombre d'utilisation de l'endoscope...).

L'établissement dispose d'un site unique de désinfection des endoscopes (SUDE). Un automate de lavage est disponible sur le secteur ORL.

La surveillance bactériologique des matériels, surfaces, eau est organisée avec une périodicité définie par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Chaque matériel fait l'objet d'un suivi par le service de biomédical notamment les maintenances et le nombre d'utilisations. Ce service gère le renouvellement du parc et des matériels de nettoyage ou de stockage.

Le cadre de santé du secteur endoscopie bénéficie d'une fiche de poste mentionnant ses fonctions managériales, de coordination et d'animation de la démarche qualité et de gestion des risques en endoscopie.

La planification des activités est organisée sur le bloc opératoire avec des plages dédiées sur une salle de bloc en lien avec les délais des consultations d'anesthésie, ainsi que sur les créneaux de consultation sur les plateaux techniques.

Les procédures adaptées à l'organisation de la prise en charge en endoscopie programmée ou en urgence sur le service des urgences ou sur les secteurs d'hospitalisation du CH William Morey sont prévues.

Cependant, il n'est pas prévu au plan de maintien des compétences de l'établissement de formations

initiale et continue aux bonnes pratiques en endoscopie pour l'ensemble des professionnels réalisant les pré désinfections, ou travaillant au niveau du site unique de désinfection des endoscopes. Une Aide soignante a bénéficié d'une formation externe aux bonnes pratiques de nettoyage des endoscopes, formation renouvelée récemment. Les autres professionnels ont eu des sensibilisation à l'hygiène par l'EOH. Leur formation en interne consiste en la lecture des documents et procédures, et d'un tutorat d'une durée variable sans formalisation. Il n'y a pas d'évaluation et d'auto évaluation des niveaux de connaissances acquises. Lors de l'acquisition de nouveaux matériels, les fournisseurs organisent les formations des professionnels. Ce plus, les professionnels travaillant au sein du site unique de désinfection des endoscopes n'ont pas de fiche de poste précisant leurs missions spécifiques. Pour les aides-soignantes du site de désinfection et pour les IDE des plateaux techniques assurant les pré-traitements des endoscopes, des fiches de poste ont été élaborées par l'encadrement en 2012 et revues en 2016, mais non validées par les directions compétentes (direction des soins ou direction des ressources humaines).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le secteur de la prise en charge en endoscopie a identifié ses propres risques et sont connus des professionnels. Les risques professionnels sont identifiés dans le document unique de l'établissement mis à jour en avril 2018. Les professionnels tant médicaux que non médicaux des secteurs techniques et du site unique de désinfection sont sensibilisés à la surveillance de la survenue de leurs risques, avec une mobilisation active de l'encadrement de proximité et du cadre supérieur du service. Au niveau médical, un axe particulier est d'assurer le recueil de la biologie en lien avec la coagulation, et l'identification du risque ATNC. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables et à la déclaration des problèmes techniques pouvant survenir en salle de désinfection. Certains événements relèvent d'une RMM transversale avec le CHU de Dijon.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les matériels dont dispose l'établissement sont récents avec trois ESET, une paillasse automatisée, quatre laveurs, un laveur automatisé (type Soluscope) sur le secteur ORL. Le parc d'endoscopes est complet et suffisant. Pour le secteur de réanimation et surveillance continue devant réaliser des endoscopies bronchiques, des endoscopes jetables sont utilisés. Les armoires séchantes sont sous surveillance électronique continue. L'ensemble des documents nécessaires au bon fonctionnement du processus sont disponibles dans la GED, les procédures mais également le document information patient, les documents de traçabilité du lavage et de désinfection. En salle de désinfection les protocoles spécifiques des laveurs sont affichés permettant un accès rapide au mode opératoire. Le formulaire de prescription des différents type d'endoscopie est informatisé, dans le dossier patient informatisé permettant le recueil automatique de certains items. La check list en endoscopie est informatisée et rattachée au dossier du patient. ceci a pu être constaté lors des investigations de terrain et les patients traceur. Les formations des professionnels sont assurées par les fournisseurs lors de l'acquisition de nouveaux matériels. Au sein du CH William Morey, des formations sont proposées sur des congrès, un professionnel a bénéficié d'une formation en externe sur les pratiques en endoscopie. Des actions de sensibilisation aux bonnes pratiques en hygiène sont effectuées par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les tenues professionnelles pour les médecins, les professionnels des plateaux techniques et du site unique de désinfection sont respectées et répondent aux bonnes pratiques. Le suivi des étapes de lavage et de séchage des endoscopes est informatisé avec une traçabilité sur le dossier du patient et sur une fiche de suivi est rattachée à chaque endoscope.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prescription d'un acte d'endoscopie est systématiquement effectuée sur le formulaire de demande informatisé. Les médecins réalisant des actes d'endoscopie organisent en lien avec les secrétariats et la programmation du bloc opératoire la programmation. Des plages horaires sont réservées au bloc opératoire et la consultation d'anesthésie est organisée. La checklist est systématiquement remplie. En cas d'acte réalisé directement dans un service, le médecin et une IDE du secteur technique se déplacent directement au lit du patient notamment en réanimation - soins intensifs. Les actes en pédiatrie peuvent être réalisés (un endoscopie digestif disponible) mais l'enfant peut être transféré sur Dijon ou Lyon si besoin. Les contrôles bactériologiques des endoscopes, des armoires séchantes, des surfaces, de l'eau sont effectifs. Les résultats sont transmis aux professionnels concernés, et les actions nécessaires (type mise en quarantaine) sont réalisées et suivi. Dans les ESET le stockage est prévu pour 7 jours tels que le recommandent les bonnes pratiques. Le lavage simple à 12h de stockage en cas de non utilisation des cystoscopes est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de la traçabilité de utilisation des endoscopes est assuré permettant le lien avec le patient, nombre d'utilisation des endoscopes. Des indicateurs de suivi de l'activité du service unique de désinfection des endoscopes sont en place par spécialité, et par utilisation critique des endoscopes. Un audit a été réalisé sur 2015 et 2016 selon la méthode définie par le GREFF (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) sur le pré-traitement des endoscopes, le traitement des endoscopes, les matériels de stockage, les contrôles microbiologiques, la maintenance. Un retour d'expérience est mis en place sur le processus endoscopie selon la disponibilité de fiche de déclaration d'événement indésirable. Une RMM transversale est en place avec le CHU de Dijon. Une EPP a été mise en place en 2018 relative aux gastrostomies sur 50 patients pris en charge annuellement. Une première évaluation a été effectuée en 2018.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en place en cas notamment de contrôle bactériologique anormal mais également en cas de dysfonctionnement technique sur les matériels. Les communications sont régulières et tracées sur différentes instances :

- le conseil d'endoscopie
- le bureau de pôle
- en CLIN
- le directoire.

L'information vers la CME est effective par l'intermédiaire du CLIN.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les professionnels travaillant au sein du site unique de désinfection des endoscopes n'ont pas de fiche de poste précisant leurs missions spécifiques. Pour les aides-soignantes du site de désinfection et pour les IDE des plateaux techniques assurant les pré-traitements des endoscopes, des fiches de poste ont été élaborées par l'encadrement en 2012 et revues en 2016, mais non validées par les directions compétentes (direction des soins ou direction des ressources humaines).	26b
	NC	Il n'est pas prévu au plan de maintien des compétence de l'établissement de formations initiale et continue aux bonnes pratiques en endoscopie pour l'ensemble des professionnels réalisant les pré désinfections, ou travaillant au niveau du site unique de désinfection des endoscopes. Une Aide soignante a bénéficié d'une formation externe aux bonnes pratiques de nettoyage des endoscopes, formation renouvelée récemment. Les autres professionnels ont eu des sensibilisation à l'hygiène par l'EOH. Leur formation en interne consiste en la lecture des documents et procédures, et d'un tutorat d'une durée variable sans formalisation. Il n'y a pas d'évaluation et d'auto évaluation des niveaux de connaissances acquises. Lors de l'acquisition de nouveaux matériels, les fournisseurs organisent les formations des professionnels.	26b

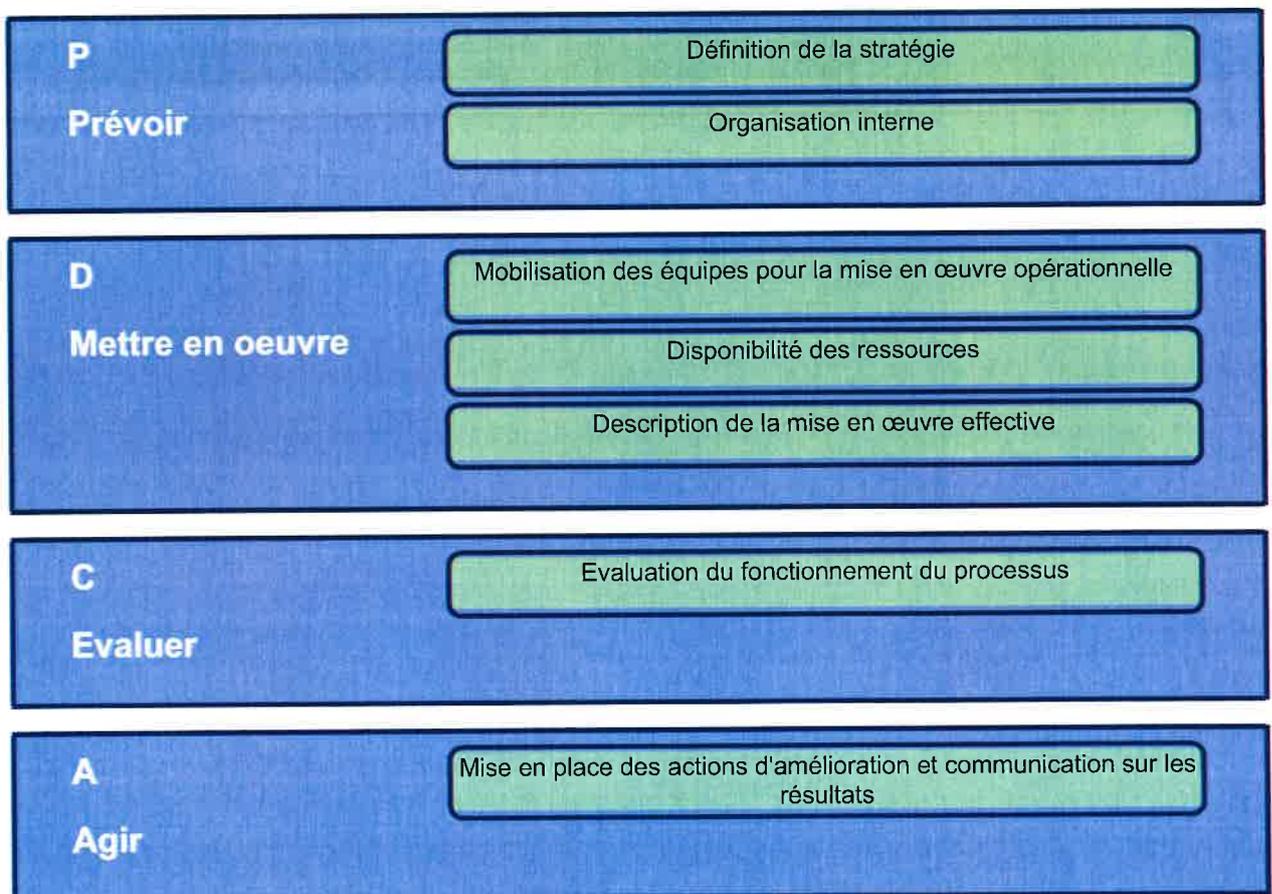
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

L'activité de natalité du Groupement Hospitalier du Territoire Saône et Loire Bresse - Morvan est réalisée exclusivement au Centre Hospitalier William Morey de Chalon-Sur-Saône. Le projet d'établissement 2014-2019 et le projet médico-soignant du territoire intègre l'amélioration du suivi obstétrical, en prenant en compte le niveau de risque foeto-maternel. Les collaborations inter établissements sont formalisées dans une charte constitutive, selon les règles du réseau périnatalité, afin d'assurer l'orientation pendant la grossesse et les transferts in utero ou lors du post-partum. La maternité est de niveau B et réalise environ 1700 accouchements par an. Les processus à risques interventionnels et supports ont été identifiés, analysés et hiérarchisés de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, selon une échelle à 5 niveaux. 4 risques prioritaires ont été retenus et intégrés dans le Compte Qualité. Toutes les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS du CH William Morey. La maternité est affiliée au réseau de périnatalité régional de la Bourgogne.

ORGANISATION INTERNE

Le secteur de naissance et les urgences gynéco-obstétricales sont situés au niveau 1 de l'établissement. Il se compose d'une salle d'urgence gynécologique, de 2 salles de consultations d'urgence obstétricale, de 5 salles de naissance, de 3 salles de pré-travail dont 1 salle nature, d'une salle de réanimation néonatale pour la prise en charge médicalisée du nouveau-né. Une salle d'opération du bloc général contiguë aux salles de naissance est dédiée aux césariennes en urgence. L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le pilotage du processus « prise en charge du patient en Salle de Naissance ». Ce pilotage est assuré par le médecin gynéco-obstétricien responsable du secteur, la cadre supérieure sage-femme du pôle et la cadre sage-femme. Le rôle et les missions des pilotes et membres du processus sont définis au niveau institutionnel dans des fiches de mission. Les responsabilités des sages-femmes et auxiliaires de puériculture du secteur de naissance sont déclinées dans des fiches de postes. La charte qui décrit les principes généraux de fonctionnement du bloc obstétrical, la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés, les circuits, est en cours de validation au jour de la visite. Une organisation est en place pour le suivi médical assuré pendant la durée de l'hospitalisation pour les parturientes et les nouveau-nés. Les circuits des parturientes sont définis en fonction du degré d'urgence. Un système de gardes médicales sur place est effectif pour assurer la continuité des soins 24H/24 et 7 jours/7 (gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste). La présence en continu de sages-femmes et d'auxiliaires de puériculture, IADE/IBODE est organisée. Le pédiatre voit les nouveau-nés à la naissance et avant la sortie. Le retour précoce à domicile PRADO est organisé avec la CPAM. Les modalités de fonctionnement du réseau périnatalité et la coopération avec les établissements partenaires sont définies. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire via le logiciel institutionnel. Les procédures, protocoles, livret thérapeutique sont à disposition des professionnels. Les dossiers sont adaptés et accessibles en temps utile, le dossier obstétrical est informatisé. Au regard des besoins et risques identifiés, les ressources matérielles nécessaires au bon fonctionnement du secteur (locaux, équipements, maintenance) sont prévues. Leur maintenance préventive et curative est assurée. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les différents secteurs d'activité (naissance, suites de naissance, néonatalogie, biberonnerie). Elle permet l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. L'organisation mise en place permet l'échange d'informations entre les différents acteurs de santé : en interne (bloc opératoire/maternité) pour assurer les césariennes programmées ou les urgences obstétricales, avec les secteurs medicotechniques (Biologie, Radiologie ...), en externe pour les transferts, pour les retours à domicile avec les sages-femmes libérales ou avec la PMI pour les nouveau-nés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Selon les besoins et les risques, les responsables impulsent une démarche d'amélioration au sein du secteur lors des réunions de service, identifie les objectifs opérationnels traduits en actions mises collectivement en œuvre. Un staff hebdomadaire est organisé et des revues de dossiers sont réalisées. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en œuvre le cas échéant, dysfonctionnements ou baisse de résultats des indicateurs. La communication interne est prévue. La sage-femme coordinatrice notamment communique auprès des équipes sur le processus et recueille l'avis des professionnels quant aux risques et besoins spécifiques du secteur. Des actions de communication ont permis de sensibiliser les professionnels sur les risques prioritaires identifiés dans le Compte Qualité et plus globalement pour l'ensemble du processus salle de naissance.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les effectifs médicaux (selon une liste de garde établie et un tableau de permanence des soins gynéco-obstétrique, anesthésiologie et pédiatrie-néonatalogie) et paramédicaux nécessaires. L'équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire est qualifiée. Des fiches de poste et fiches de fonction sont établies. Les besoins en formation sont définis, par exemple à la réanimation primaire du nouveau-né, à l'accompagnement de l'allaitement maternel, à la prescription des sages-femmes, aux positions d'accouchement, à la sophrologie, à la bientraitance. De plus, les professionnels bénéficient de formations organisées par le CESITECH (Centre d'Enseignement et de Simulation en Santé du Territoire du Chalonnais). Le recrutement répond à la législation et aux besoins du service. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies, sous forme de tutorat. Un livret d'accueil leur est remis. Les remplacements sont assurés en cas d'absentéisme. L'accueil des stagiaires et étudiants est organisé par convention. Les ressources matérielles locales et équipements sont mises en place, la maintenance préventive et curative est assurée par le service biomédical et les services techniques de la structure. L'accès au secteur de naissance, dont le bloc obstétrical, est sécurisé. Les procédures, protocoles actualisés sont disponibles dans la gestion documentaire institutionnelle et affichées pour les documents primordiaux tels que la prise en charge pluridisciplinaire d'une prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat (HPPI) après un accouchement par voie basse, le protocole code couleur pour les césariennes, la réception des produits sanguins labiles, le protocole douleur en obstétrique durant la période de pré-travail. Il existe des procédures particulières pour des cas spécifiques, tels que les enfants nés sans vie ou nés vivants puis décédés, les nouveau-nés nés d'un accouchement dans le secret. Les dossiers sont accessibles en temps utile. Les documents d'affichage et d'information utilisés sont disponibles pour les professionnels et les patientes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur de salle de naissance met en œuvre les organisations prévues par les pilotes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles : consultations pré natales et service obstétrical, salle de naissance avec le bloc opératoire, néonatalogie. Une salle est réservée aux césariennes, avec un code couleur en fonction de l'urgence. Depuis le 1er mars 2018 une garde sur place d'un IADE et d'un IBODE dédiés au bloc obstétrical est opérationnelle. Un staff hebdomadaire pluriprofessionnel, avec présence des obstétriciens, des pédiatres, des internes, des anesthésistes, des sages-femmes et de la PMI est en place. L'accueil de la patiente est réalisé par la sage-femme. La salle d'accueil préserve la confidentialité, ainsi qu'un espace d'examen qui assure l'intimité. Le bloc obstétrical est disponible (césarienne en urgence), la vérification de l'ouverture des salles est tracée et la check-list est en place. Une salle d'accouchement « nature » est opérationnelle pour les parturientes qui le souhaitent. Un temps dédié est organisé pour les rendez-vous de fin de grossesse ou les césariennes programmées. Les procédures décrivant les modalités des accouchements physiologiques, médicalisés et à risques sont connues des professionnels et mises en œuvre. Les modalités d'appel des praticiens (obstétricien, pédiatre, anesthésiste) sont connues. L'identification du nouveau-né se fait en salle de naissance par la pose de 2 bracelets, un au poignet et un à la cheville. Le partogramme permet de fiabiliser la traçabilité tout au long de la prise en charge et notamment la présence de tous les éléments cliniques nécessaires à la sortie en suite de naissance. La décision de césarienne en urgence est formalisée et connue des professionnels. La prise en charge est réalisée en fonction du degré d'urgence, immédiatement ou retardée selon le code couleur définissant le délai d'extraction du nouveau-né. Les sages-femmes assurent mensuellement ou après chaque utilisation la vérification du chariot d'urgences et les commandes des produits utilisés selon les règles définies. Cette vérification est tracée. Les incubateurs sont entretenus, disponibles, de même que la table de réanimation nouveau-né. En fin d'accouchement les modalités de surveillance du nouveau-né et de la mère sont mises en œuvre et tracées dans le partogramme et le dossier informatisés. La technique du « peau à peau » est réalisée lorsque l'état clinique du nouveau-né le permet. Deux consultants en lactation assurent des consultations individuelles et des réunions collectives de soutien à l'allaitement. L'évaluation de la douleur est effective pour la mère et le nouveau-né ; des grilles et protocoles spécifiques sont en place. Une réunion de préparation à la sortie est animée par des puéricultrices de la maternité. La sortie des patientes est organisée en collaboration avec la CPAM dans le cadre du retour précoce à domicile. Des documents d'information et de conseils sont remis aux parents. Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile a mis en place une unité de soins des liens précoces, parents-bébés, en hôpital de jour. Cette équipe pluridisciplinaire, "TINTINNABULE", est inscrite au sein du réseau petite enfance et de périnatalité de Bourgogne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du secteur salle de naissance sur la base d'outils identifiés. Le secteur recueille les 3 indicateurs de spécialités sur le champ obstétrique évaluant la prévention et la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat.

- Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL)
- Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN)
- Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PECI HPPI).

Un suivi d'indicateurs est assuré (activité, taux de césariennes, taux d'épisiotomie, taux de péridurales, taux d'extractions instrumentales, suivi du nombre d'événements indésirables, ...). Des audits sont réalisés sur les césariennes, l'accompagnement à l'allaitement, la check-list "ouverture de salle de naissance", l'évaluation de la traçabilité du matériel en salle d'accouchement à l'entrée d'une patiente, l'évaluation de la check-list HAS césarienne. La démarche CREx formalisée est instaurée depuis mars 2014, à raison d'une séance tous les 2 mois. Des Revues Morbi-Mortalité peuvent être organisées le cas échéant, dont celles mises en œuvre par le réseau périnatal de Bourgogne. Des EPP ont été menées sur les bonnes pratiques de césarienne, la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, l'alternative à la Bromocriptine dans l'inhibition de la lactation en post-partum, l'évaluation de la prise en charge des infections materno-foetales au streptocoque bêta-hémolytique du groupe B. La méthode du patient traceur est appliquée dans le secteur de naissance. Les événements indésirables sont signalés via le dispositif institutionnel et des retours d'expérience sont mis en œuvre le cas échéant.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre après l'analyse des dysfonctionnements ou des résultats des indicateurs à améliorer. Des actions d'amélioration ont été conduites sur le HPPI, notamment sur la "Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement" les résultats IQSS sont cotés en C. D'autres actions ont été mises en œuvre sur le protocole douleur du nouveau-né, la réanimation du nouveau-né, le bio nettoyage, la formalisation du suivi du chariot d'urgence, la formalisation de la délivrance dirigée, l'accompagnement à l'allaitement, ... Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats des audits, évaluations et indicateurs est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

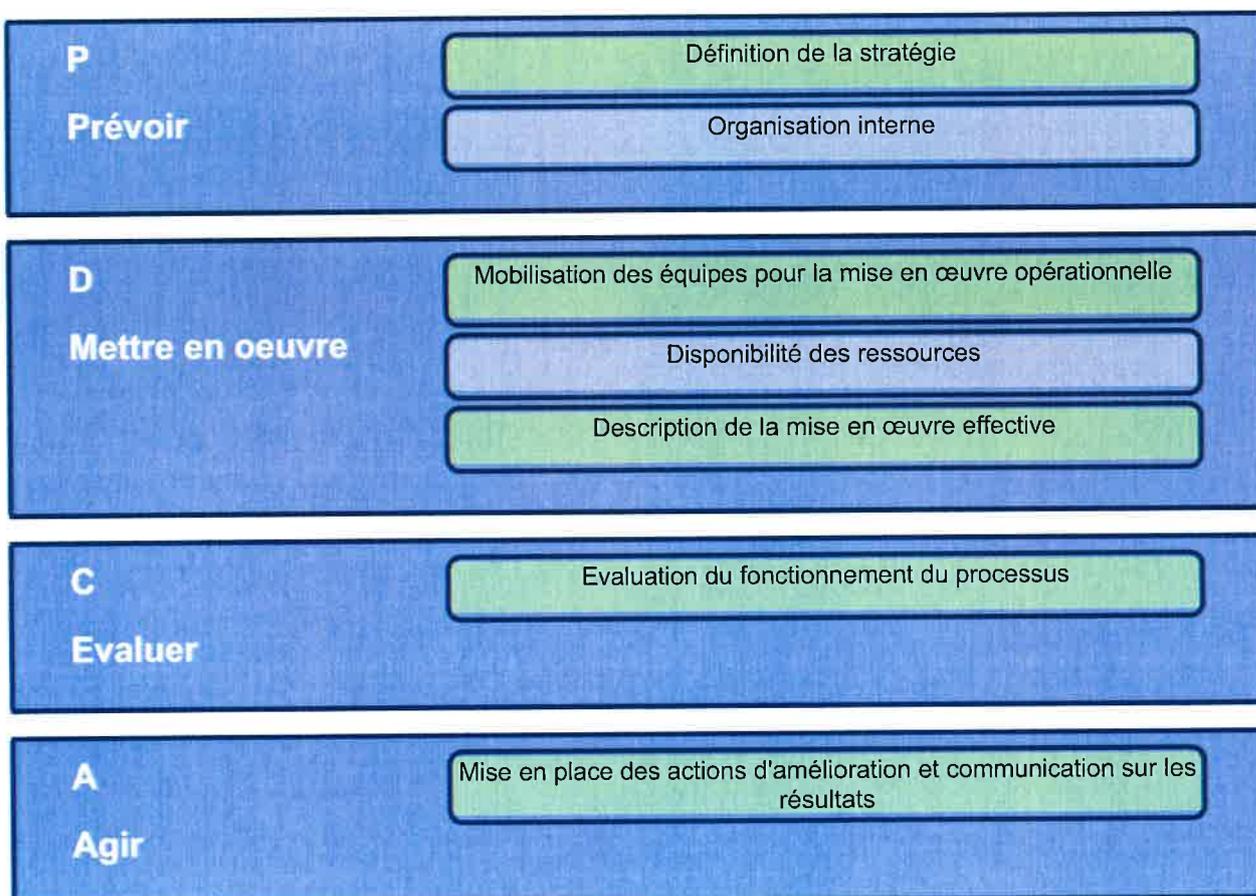
1. Caractérisation générale

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





b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un volet relatif au système d'information est en construction au niveau du GHT SAONE et LOIRE BRESSE-MORVAN. Ce futur schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) du GHT deviendra, à terme, le socle de la politique du système d'information au niveau du GHT.

Dans l'attente, une lettre de cadrage, en date du 28 décembre 2017 précise les contours et le contenu du futur SDSI. Ce document précise, notamment, l'organigramme de la Direction des Systèmes d'Information et affiche les cartographies fonctionnelles pour tous les établissements, membres du GHT, notamment les Centres Hospitaliers de CHALON-SUR SAONE, CHAGNY et SEVREY.

Le projet médical et de soins partagé du Territoire n'intègre pas, dans sa version du 21 novembre 2017, de volet dédié au schéma directeur des Systèmes d'information, même si un chapitre est consacré à l'organisation des DIM au niveau territorial.

Les établissements ont procédé à un état des lieux de son système d'information (couverture fonctionnelle, analyse des usages des applications déployées, etc.). Un diagnostic de la sécurité des systèmes d'information a permis d'identifier les principaux risques de sécurité par établissement et de définir les actions pour les prévenir.

Une analyse des risques a été réalisée à partir du bilan des données disponibles, recueillies au travers des fiches d'événements indésirables, des résultats des évaluations et rapports d'activité. Une cartographie complète des systèmes d'information a été réalisée à l'aide d'une démarche structurée, qui a permis de préciser, les risques, de les catégoriser, et de les hiérarchiser par niveau de risques.

Quatre risques ont été identifiés dans le compte qualité au niveau GHT, trois risques spécifiques pour le Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE, deux pour le Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY et deux pour le Centre Hospitalier de CHAGNY. Ces risques ont été évalués en tenant compte de la criticité et hiérarchisés dans la cartographie des risques et ont conduit à la définition d'actions.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés, le suivi des actions, la clôture et la communication des résultats.

Le Schéma Directeur Informatique fait partie du projet d'établissement de l'hôpital de Chalon, il a été présenté et validé aux instances. Ce SDI prévoit de répondre à 3 axes : la sécurité du système d'information, l'atteinte des prérequis d'Hôpital Numérique, et, enfin, à l'évolution des outils. Dix fiches actions ont été annexées à ce schéma permettant de couvrir la totalité des problématiques identifiées par le Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE.

Le Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY dispose, également, d'un SDSI pour la période 2014-2018. Celui-ci est intégré au projet d'établissement. Ce SDSI précise les cibles stratégiques et définit le plan d'actions en conséquence, décliné en 12 fiches actions.

Dans son projet d'établissement pour la période 2013-2017, le Centre hospitalier de CHAGNY a dédié un chapitre au développement de son système d'information.

Les schémas directeur du système d'information intègre des objectifs prioritaires et font l'objet d'une actualisation. Les dates prévisionnelles de déploiement des outils et/ou projets informatiques dans le volet "système d'information" sont précisées.

Ces différents projets prennent en compte, particulièrement, la sécurité du système d'information et les problématiques liées à l'identité des patients. Les exigences et les attendus du projet « Hôpital numérique » sont pris en compte par le GHT, et font l'objet d'un plan d'actions formalisé et suivi.

Les établissements disposent, par ailleurs, de chartes informatiques. La charte « utilisateurs » existe au Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE depuis le 2 juin 2014, au Centre Hospitalier de CHAGNY depuis le 29 avril 2016 (version n°3), au Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY depuis le 2 mars 2015.

Ces chartes sont complétées par des politiques relatives à la sécurisation des systèmes d'information :

- Politique générale des Systèmes d'information au Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY (validée le 2 mars 2015), politique d'identification par mot de passe de mai 2014, et enfin, politique de télémaintenance à destination des fournisseurs ;
- Politique générale des Systèmes d'information au Centre Hospitalier de CHAGNY du 12 avril 2016

(version n°1), politique d'identification par mot de passe du 29 avril 2016 et enfin, politique de télémaintenance à destination des fournisseurs en date du 29 avril 2016 ;
- Politique générale des Systèmes d'information au Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE du 25 mai 2014 (version n°1), politique d'identification par mot de passe du 29 mai 2014 et du 2 janvier 2017 et enfin, politique de télémaintenance à destination des fournisseurs en date du 23 septembre 2014.

Les schémas directeur du système d'information et politique de sécurité du SI) sont diffusées aux responsables de l'établissement et aux membres des instances du GHT.

Au niveau du GHT, une charte des prestataires et intervenants sur le système d'information est en place depuis le 24 mars 2017 et la politique générale de sécurisation des systèmes d'information est formalisée, en attente de validation par les instances du GHT.

Le Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE dispose de procédures relatives aux droits d'accès, validée les 23 octobre et 8 novembre 2017. De même, le Centre Hospitalier de SEVREY met en œuvre une procédure d'habilitation pour tous les utilisateurs du système d'information (procédure du 21 janvier 2008, révisée le 7 septembre 2011. Un formulaire complète ce dispositif. Le centre Hospitalier de CHAGNY, dans un mode opératoire validé en mars 2018, décrit la gestion des identités dans tous les logiciels métiers.

La déclinaison opérationnelle dans les établissements est assurée par le biais des référents informatiques par site, intégrés dans la Direction des SI du GCS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage opérationnel du processus est assuré. L'actuel GHT, a construit, depuis de longues années, un véritable partenariat en matière de système d'information. La première étape remonte à la création du syndicat inter hospitalier du Chalonnais, créé en 2001, à l'initiative des Centres Hospitaliers de CHALON sur SAONE et du Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY. Ce syndicat est transformé, en 2012, en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS du Chalonnais). Au premier janvier 2018, le CCS du Chalonnais regroupe tous les établissements du GHT, à l'exception du Centre Hospitalier de TOULON sur ARROUX, qui devrait rejoindre le GCS du Chalonnais, dans le courant du second semestre 2018. Le GCS s'appuie sur une organisation structurée, travaillant en multi-sites de façon coordonnée. Ainsi, la Direction des Systèmes d'Information est constituée d'une équipe unique répartie sur l'ensemble des établissements, membres du GHT. L'équipe, forte de 31 personnes sur le territoire, répond, actuellement, aux besoins du GHT. Un organigramme fonctionnel et hiérarchique est en place et l'ensemble des pilotes de la Direction des Systèmes d'information disposent de fiches de postes. Un rapport d'activités, pour l'année 2017, a été établi. Le pilotage opérationnel est assuré par le Directeur des Systèmes d'Information du GHT, qui s'appuie sur un responsable sécurité des systèmes d'information, un responsable du système d'information du territoire et de 3 chefs de projets. Cet organigramme, qui regroupe 31 professionnels, a été validé le 28 décembre 2017. La désignation d'un responsable des Systèmes d'information et des relations avec la CNIL a fait l'objet d'une procédure en date du 29 avril 2016. Cette procédure permet de définir les missions de ce responsable.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les besoins en compétences pour la mise en œuvre du SDSI et de la PSSI qui concernent les professionnels appartenant à la direction des systèmes d'information du GCS sont identifiés, en en cohérence avec les orientations stratégiques des établissements. Un plan de formation existe couvrant les besoins de la DSI. Il est intégré dans le plan de formation global des établissements. Des formations sont organisées et proposées aux professionnels des trois sites.

Les professionnels de la DSI sont informés de leurs rôle et responsabilités dans le cadre du projet de SDSI au niveau GHT.

La déclinaison opérationnelle est assurée par le GCS, déployé sur les trois établissements. Des référents par site sont désignés, identifiés et opérationnels. Leurs responsabilités sont précisées dans une fiche de poste validée le 31 août 2016.

Un club utilisateur est en place au Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE chargé de l'évolution du Dossier Patient Informatisé. Trois réunions se sont tenues en 2017 et une en 2018.

Un comité de formation et de suivi des logiciels est en place au sein du Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE. La dernière réunion s'est tenue le 30 juin 2017.

Les processus sont identifiés et formalisés sur la base des risques identifiés tant au niveau GHT qu'au niveau des établissements. Le GCS réfléchi, notamment, aux modes de fonctionnement permettant d'

assurer la continuité de ses activités en cas de sinistre touchant tout ou partie de son SI et les a documentés par des procédures assurant d'une part un fonctionnement dégradé du SI au cœur du processus de soins et d'autre part un retour à la normale. La remise en route des applications informatiques en cas de sinistre est décrite dans un plan de reprise d'activité du SI

Les besoins en procédures sont identifiés.

Les équipements informatiques sont identifiés, par les services informatiques des trois sites, puis remontées au niveau du GHT pour définir les modalités de suivi et de renouvellement des parcs informatiques (matériel, systèmes, réseaux, applications, périphériques, etc.) sont définies, et intégrés dans un programme pluriannuel.

La maintenance des équipements et/ou matériels est organisée. Les modes opératoires techniques, rédigés par la DSI en cas d'indisponibilité totale ou partielle des systèmes d'information des établissements sont testés avant mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels utilisateurs des outils informatiques sont formés et les actions proposées sont intégrées dans les plans de formation de l'établissement. Des actions de formation sont proposées aux nouveaux arrivants.

Les procédures sont connues et mises en œuvre. Ainsi, les procédures applicables en cas d'indisponibilité totale ou partielle du système d'information de l'établissement (« procédures dégradées » pour la continuité de l'activité, procédure de reprise, etc.) sont formalisées pour la quasi-totalité des logiciels déployés. Un plan de reprise d'activité (PRA) est en place au Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY depuis le 1er avril 2014. Cette procédure est complétée par une procédure de sauvegarde et d'archivage des données. Un mode dégradé en cas de panne du dossier patient informatisé est, également, défini et mis en œuvre. Un plan de reprise d'activité est, également, en vigueur au Centre Hospitalier de CHAGNY (février 2018 dans sa version n°2) ; ce document est, utilement, complété par un mode opératoire relatif à l'utilisation d'un ordinateur d'urgence, qui permet d'activer le PRA. Un plan de reprise d'activités et une politique de sauvegarde des données sont en place sur le site de CHALON sur SAONE (document validé les 10 septembre 2014) et sur le site de CHAGNY (PRA validés en mars 2018 et le mode dégradé en cas de panne du dossier patient informatisé, le 28 juin 2016).

La gestion des interfaces entre la DSI de Territoire et les différents professionnels utilisateurs du SI est organisée, par le biais des référents informatiques par site, et de leur participation aux instances internes de chaque établissement, notamment, aux comités qualité.

Les équipements informatiques disponibles sont cohérents avec les objectifs du SDSA et de la PSSI. Les postes informatiques mis à disposition des professionnels sont en nombre suffisant.

Les référents sécurité s'assurent de la disponibilité des applications du SI.

Les professionnels participent à l'identification des actions d'amélioration au travers des fiches d'évènements indésirables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.). Il existe des plans de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne, sur l'ensemble des sites. Ces constats sont confirmés par les indicateurs Hôpital Numérique.

Les dépannages et les maintenances sont assurés par les techniciens de la DSI du GCS, complété par des contrats de maintenance. Une astreinte informatique est en place. Le Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE a mis en place, à cet effet, une GMAO informatique et téléphonique qui permet de tracer toutes les demandes d'intervention, le suivi des demandes des utilisateurs, et le suivi des incidents détectés par les utilisateurs. Cette gestion est effective depuis le 18 juillet 2017. La traçabilité des applications est réalisée pour les trois sites et actualisée régulièrement.

Le GCS a initié une fiche d'un inventaire des logiciels applicatifs pour permettre aux établissements parties du GHT de disposer d'un panorama des logiciels utilisés, du niveau d'informatisation et des dates de fin de marché. Les données sont issues de l'oSIS. La dernière mise à jour date du 4 avril 2018.

Le bloc opératoire utilise, pour sa gestion quotidienne, un outil de planification ou de programmation.

Les professionnels concernés connaissent la charte d'accès et de bon usage du SI.

L'accès des utilisateurs au SI se fait avec une carte de la famille CPS (ou une carte à puce d'établissement) ou avec un login et un mot de passe personne. L'organisation en place permet de gérer les droits d'accès

pour tous les professionnels et les applications informatiques.

Les chartes d'utilisation des systèmes d'information, diffusées et connues des professionnels. Ceux-ci sont sensibilisés aux règles de sécurité en matière d'utilisation de ressources informatiques.

Le patient est informé des conditions d'utilisation de ses données de santé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier de CHAGNY a rédigé de procédures relatives à l'analyse des risques informatiques (29 avril 2016). La méthode utilisée est celle préconisée par la Haute Autorité de Santé pour le compte qualité. La même procédure est en place, depuis le 11 février 2016, le au Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE.

Une évaluation des risques « redoutés » a fait l'objet d'une procédure en date du 11 février 2014, mais le domaine d'application n'est pas précisé.

Le Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE a réalisé en 2017, mais également sur les années antérieures, une revue ciblée des contrôles généraux informatiques et des contrôles applicatifs. Cette revue permet, grâce à une cartographie précise, de faire le bilan des actions précédentes et d'ajuster le plan d'action pour l'année à venir.

Par ailleurs, le dispositif de sécurité du système d'information a fait l'objet d'une évaluation aux Centre Hospitalier de CHALON sur SAONE et de SEVREY. Ainsi, un audit de sécurité des systèmes d'information a été réalisé, en novembre 2013 sur la base des référentiels de l'ANSSI (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) d'Hôpital Numérique et selon le référentiel ISO 27001 et ISO 27 002. Des recommandations ont découlé de cet audit et reprises dans un plan d'actions.

Le GHT s'est doté, en mars 2017 d'un nouvel outil : le QERSI questionnaire d'évaluation des risques pour le système d'information. Les données recueillies par le service informatique sont communiquées aux instances et aux professionnels des établissements concernés. Ces données sont utilisées pour réajuster les politiques des établissements en matière de système d'information.

Un suivi d'avancement des projets du SDSI est réalisé par le GCS, à usage des établissements concernés.

L'évaluation du processus qui s'appuie, essentiellement, sur l'analyse des indicateurs de prérequis du programme hôpital numérique et les indicateurs d'usage du programme hôpital numérique sur les domaines mis en œuvre par les établissements dans le cadre de leur schéma directeur des systèmes d'information.

D'autres indicateurs sont recueillis tels le nombre, la nature et la durée des coupures informatiques ou les tableaux de bord fournis par les prestataires de l'établissement.

Les fiches d'évènements indésirables participent, également, à cette évaluation.

La satisfaction des personnels vis-à-vis du système d'information n'est, toutefois, pas recueillie, en l'absence d'enquêtes de satisfaction.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs "Hôpital Numérique" sont suivis, analysés et communiqués aux instances, et diffusés aux professionnels. Des actions d'amélioration, issues des évaluations, sont suivies par le GCS.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le dispositif de gestion documentaire institutionnel (dont la GED) n'est pas totalement déployé, mis à jour, ni connu de tous les professionnels. Il a été constaté lors des parcours (Chalon, Sevrey) de nombreux protocoles non encore au format "qualité", affichés ou dans des classeurs, ne respectant pas la procédure de gestion documentaire institutionnelle. Certains protocoles jugés obsolètes ont été immédiatement retirés par le personnel d'encadrement lors du parcours (Service d'addictologie sur Sevrey, de réanimation sur Chalon). Certains protocoles sont enregistrés dans la GED sans les 3 niveaux de signatures exigées par l'établissement (« Protocole dilution-préparation de drogues en parentéral au long cours en néonatalogie » Chalon sur Saône). Des modalités d'administration anticipée par l'infirmière en néonatalogie, avec validation attendue a posteriori par le pédiatre, sont intégrées au module de prescription spécifique au DPI de ce secteur d'activité sans formalisation d'un protocole au format prévu par l'établissement. Le service de réanimation, qui réalise 150 endoscopies bronchiques par an avec du matériel à usage unique, n'a pas formalisé de procédure dédiée (modalités opératoires, PEC de l'urgence). La majorité des professionnels rencontrés lors des parcours, s'ils connaissent le dispositif de GED et ont reçu des formations institutionnelles régulières, n'ont pas su trouver le protocole recherché.	5c
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins territorial, n'est pas évalué ni réajusté du fait de la jeunesse de sa rédaction. Les deux actions prioritaires et initiées, "Mettre en place un management territorial de la qualité" et "Partager les données entre les établissements du GHT", à ce stade de leur déploiement, ne sont pas évaluées. Une évaluation à un an est prévue (Fin 2018).	8a
Gestion du risque infectieux	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles établies pour la maîtrise du risque infectieux ne sont pas systématique respectées dans les unités de soins. Il a notamment été constaté sur les Centres Hospitaliers de Chalon et de Sevrey des problématiques de stockage des déchets : un local intermédiaire DASRI ouvert (porte bloquée par un chariot, contenant un container à DASRI ouvert), date d'ouverture des collecteurs à aiguilles et objets tranchants anticipée par erreur, non-respect des limites de durées d'ouverture des collecteurs à aiguille (la date de limite de durée d'ouverture était un peu effacée il fallait lire 2018 à la place de 2016). L'ensemble de ces constats sont en contradiction avec les modalités définies dans les procédures	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>"Évacuation des DASRI" de janvier 2018 et "Utilisation des collecteurs à aiguilles et objets tranchants". Par ailleurs, les constats réalisés ont également montré des problématiques liées à la maîtrise du risque infectieux en restauration. Il a été observé en parcours sur le Centre Hospitalier de Chalon une pаниère destinée à la livraison du pain, posée à terre devant l'office d'un secteur de soins. Cette pаниère contenait des vêtements à usage professionnel de l'équipe en charge de la préparation des repas.</p>	
	P / Définition de la stratégie	PS	<p>Les trois établissements ne disposent pas d'une politique commune et/ou partagée sur le sujet des droits des patients. Un risque lié à la cohabitation de plusieurs politiques interroge les modalités de partage et de pilotage entre les trois établissements, et par voie de conséquence, le suivi synchronisé des plans d'actions. Un plan d'actions GHT sur la thématique « Droits des patients » est toutefois défini et intégré dans le programme d'actions de l'ensemble des 8 établissements du GHT. Les modalités de validation de la politique relative aux droits des patients ne sont pas définies, au niveau du GHT. Ainsi, les instances du GHT n'ont pas été sollicitées pour donner un avis sur cette politique. De plus, le comité des usagers du Territoire n'a pas été saisi de ce projet, lors de sa réunion de septembre 2017.</p>	1d
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>La contractualisation interne n'est pas structurée tant au Centre Hospitalier de CHAGNY qu'au Centre Hospitalier de CHALON sur SAÔNE. L'absence de contrats de pôle ne garantit pas la déclinaison opérationnelle de la politique des droits des patients sur l'ensemble des unités de l'établissement.</p>	1d
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les locaux ne permettent pas systématiquement le respect de la dignité et l'intimité des patients pris en charge dans les unités du Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrej. Il a été constaté la présence d'oculus non obturés dans plusieurs chambres d'isolement. Celles-ci sont en accès direct sur les couloirs de circulation et donc visibles par les autres patients et les visiteurs également. Dans les autres chambres des unités visitées, les oculi ne sont pas non plus obturés. Dans d'autres unités, parfois vétustes, existent des chambres à 4, 3 ou 2 lits, sans séparation, et absence de bloc sanitaire complet, dans la majorité des chambres. Plusieurs chambres d'isolement au Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrej ne sont pas conformes (absence de sas et de double entrée). Dans une unité de psychiatrie, la salle d'eau attenante et accessible était équipée de barres d'appui murales et la douche n'était pas pourvue d'un dispositif anti pendaison (présence d'un flexible de douche). Une unité visitée n'est, par ailleurs, pas accessible aux personnes handicapées, en l'absence d'ascenseur entre le rez-de -chaussée et le 1er étage et l'absence, au rez de chaussée, de chambres et de sanitaires et douches aux normes PMR. L'établissement a identifié cette situation et un schéma Directeur immobilier est actuellement en attente de validation.</p>	10e

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
		NC	<p>La procédure du Centre Hospitalier de Chagny, relative, aux modalités de mise en place d'une contention physique passive chez la personne âgée, validée en janvier 2017 est non conforme à la réglementation.</p> <p>Cette procédure ne prévoit pas de durée pour la prescription initiale. De même, la procédure prévoit la possibilité, en cas d'urgence, que la "contention pourra être mise à l'initiative des soignants, après appel du médecin traitant et secondairement validée par le médecin dans les plus brefs délais". La procédure demeure imprécise sur la notion "plus brefs délais". Sur cet établissement les prescriptions sont tracées dans le dossier patient informatisé, mais les modalités de la surveillance infirmière ne sont pas précisées. Par voie de conséquence, la traçabilité du suivi et de la surveillance demeure aléatoire.</p>	10e
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les conditions visant le respect des libertés individuelles ne sont pas systématiquement présentes dans les unités de soins.</p> <p>Il a été constaté sur le CH de Sevrej l'utilisation, en cas de besoin, des chambres d'isolement en chambre hôtelière. Ainsi, le patient demeure hospitalisé en chambre d'isolement, alors que cet isolement n'est plus justifié. Il a également été constaté, lors de la visite des unités Bécarre 1 et 2 que cette unité disposait de 10 chambres dites "sécurisées". Ces chambres servent, ponctuellement, à isoler des patients. Ces isolements ne donnent pas lieu à des prescriptions médicales, et par voie de conséquence, à des surveillances infirmières et à une remontée des données dans le registre relatif aux isolements et contentions. Par ailleurs, cette chambre, hormis l'oculus dans la porte, est ordinaire et ne constitue pas un réel espace dédié pour réaliser ces isolements. De plus, le Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrej accueille et prend en charge des mineurs, dans des unités dédiées (La Source et Cascade). Une procédure en date du 19 octobre 2017 organise cette prise en charge. Il à noter, cependant, que des mineurs sont hospitalisés dans des unités de psychiatrie adulte, faute de places dans les unités dédiées. L'établissement ne dispose pas de procédure pour ce cas de figure.</p>	10e
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les besoins de la prise en charge spécifique des patients détenus, notamment sur l'EPSM de SEVREY ne sont pas toujours pris en compte.</p> <p>Sur l'EPSM de SEVREY, les patients détenus sont systématiquement pris en charge dans les chambres d'isolement thérapeutique des unités d'admission adulte. Ils ne peuvent pas ainsi participer aux activités thérapeutiques dans le cadre d'un projet de soins défini et n'ont pas, par ailleurs, la possibilité de fumer. Ils furent ponctuellement dans les chambres d'isolement en présence des soignants. Un schéma directeur a été élaboré et est en cours de validation au niveau institutionnel afin que deux chambres sécurisées soient dédiées dans une unité de soins d'hospitalisation complète qui permettront de prodiguer des soins de qualité.</p> <p>Sur le Centre Hospitalier William Morey, les deux chambres sécurisées situées dans le service d'orthopédie respectent le cahier des charges initial au niveau de leur configuration et ont bénéficié d'amélioration tant au niveau matériel</p>	19a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>et équipement (table, chaise, télévision, ...) qu'au niveau organisationnel sur les modalités d'hospitalisation des personnes détenues suite à la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.</p> <p>Les Projets Personnalisés de Soins (PPS) ne sont pas toujours formalisés. Sur les 3 établissements de santé visités, les projets thérapeutiques sont élaborés mais formalisés et tracés partiellement dans les dossiers informatisés des patients. L'actualisation du projet thérapeutique se retrouve parfois dans l'onglet synthèse du dossier patient dématérialisé, voire dans le volet infirmier au niveau des transmissions ciblées. Les patients traceurs l'ont confirmé tant en MCO, en psychiatrie qu'en médecine. Les directions des soins en sont conscientes et le choix d'un dossier patient unique sur le GHT sera éventuellement une solution pour solutionner le problème identifié.</p>	17a
		PS	<p>L'information sur l'état de santé des patients n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient, comme l'ont confirmé les patients traceurs.</p> <p>Lors des visites des unités de soins sur les 3 sites investigués, les professionnels tant médicaux que non médicaux affirment transmettre oralement des informations au patient, à sa famille et / ou à son entourage sur l'état de santé initial et tout au long de son séjour sans le tracer systématiquement dans le dossier du patient. Les patients traceurs réalisés en MCO, Médecine et en Psychiatrie ont confirmé le manque de traçabilité de l'information donnée au patient sur son état de santé.</p>	11a
	P / Organisation interne	NC	<p>Les règles d'accès au dossier comprenant les données issues des consultations ou hospitalisation antérieures ne sont pas diffusées à tous les professionnels</p> <p>L'accès est difficile aux observations des hospitalisations antérieures lors de la venue d'un patient aux urgences. Cette difficulté est générée par la multiplicité des logiciels métiers et leur non inter opérabilité avec les logiciels DPI. Le risque est accru par le turn over important de médecins aux urgences car 8 postes sont vacants sur 18. Les médecins ne reçoivent pas toujours de formation préalable à l'utilisation du DPI avant leur prise de fonction. Parfois, ils reçoivent leur login à domicile avec un envoi de power point explicatif.</p>	14a
Dossier patient	D / Disponibilité des ressources	PS	<p>Des formations aux utilisateurs ne sont pas toujours organisées et suivies</p> <p>Des formations institutionnelles sont en place depuis plusieurs années et font l'objet d'un bilan annuel. La formation des médecins aux nouveaux logiciels est toutefois peu suivie. 60% des médecins formés en 2017, 44 médecins sur 300 formés en 2018. Les médecins vacataires notamment aux urgences ne sont pas toujours formés au logiciel DPI et aux interfaces. Une procédure est néanmoins affichée dans le bureau médical des Urgences. Cette procédure est également jointe dans l'enveloppe remise au médecin intérimaire.</p>	14a
		PS	<p>Les modalités d'archivage ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité des données.</p> <p>Au CH de Chagny, les archives actives ne sont pas dans un local spécifique et sécurisé. Lors de la visite, il a été constaté des dossiers dans une armoire ouverte dans un bureau utilisé par une assistante sociale.</p>	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés en temps utile par tous les professionnels Les rééducateurs (Kiné, ergo...) dans le service de bainé au CHWM, au CH de Chagny, au CHS ainsi que certains médecins tracent peu leurs observations dans le dossier patient; ce que confirment les patients traceurs.	14a
	P / Organisation interne	NC	Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation et de l'administration des médicaments en hôpital de jour ne sont pas complètement mises en place au CHS Lors de la rencontre avec la pharmacienne et la visite d'un hôpital de jour, il a été constaté que dans les trois hôpitaux de jour au CHS de Sevrey, les prescriptions peuvent être effectuées par un médecin autre qu'un médecin de l'établissement (psychiatre libéral, médecin généraliste), la dispensation ne se fait pas par la PUI. Il n'y a pas d'analyse pharmaceutique du traitement du patient. La traçabilité de l'administration n'est donc pas assurée. Il existe une réflexion avec une organisation institutionnelle et une fiche action sur cette problématique. Le risque a été identifié par l'établissement dans la politique de la PECM au CHS, a fait l'objet d'une fiche action dans le plan d'amélioration de la qualité, d'un audit des pratiques en 2015, d'une procédure de la PECM en hôpital de jour validée en décembre 2016. L'établissement a reconnu ce risque identifié lors de la visite. Une procédure « Circuit des médicaments et des dispositifs médicaux délivrés par la pharmacie à usage intérieur (PUI) révisée en 2017 » décrit au chapitre 4.8 l'organisation des médicaments pour le pôle C » Prise en charge médicamenteuse en hôpital de jour extrahospitalier adulte ». Dans cette procédure, le patient apporte son traitement et prend son traitement seul en présence des infirmiers.	20a bis
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient		PS	Les règles de prescription ne sont pas toujours mises en œuvre. La prescription des anesthésistes ne reprend pas de manière systématique le traitement personnel du patient. Le conditionnel "si besoin" est souvent retrouvé dans les prescriptions, mais la durée n'est pas toujours précisée.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Il n'existe pas toujours de traçabilité de la non-administration. Les comprimés fractionnés en 2 sont parfois conservés en santé mentale (services Emeraude et Edelweiss), médicaments conservés pour une autre administration. Les médicaments prescrits ne sont pas toujours administrés et il n'existe pas de traçabilité de la non administration. L'établissement a identifié ces risques. Un audit de prescription des "si besoin" a été effectué au CHS en novembre 2017.	20a bis
		PS	Les règles de dispensation ne sont pas complètement sécurisées. Lors des visites de service au CHWM et CHS Sevrey, il a été constaté que les médicaments n'étaient pas toujours identifiables au moment de l'administration. Il n'y a pas de sur étiquetage des plaquettes. Le GHT a un projet d'automate en cours. Ce projet concerne l'achat d'un automate de production de doses unitaires.	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Définition de la stratégie	PS	L'identification des risques relatifs à la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés" n'est pas exhaustive. L'identification des risques a été réalisées sur les filières (parcours) telles que	25a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			définies au sein du GHT, en prenant en compte les entrées et admissions non programmées. Les risques identifiés sur les urgences pédiatriques dont le niveau de criticité a été établi selon la méthode établie par le GHT ne sont pas retrouvés dans le compte qualité de l'établissement sur la thématique "Prise en charge des urgences et soins non programmés", mais ont été intégrés au compte qualité dans la thématique « parcours patient - population spécifique – enfants ». Il n'a été effectué d'analyse de risques spécifiquement sur le service d'accueil des urgences et soins non programmés adulte, tel que cela a été confirmés lors des rencontres.	
	P / Organisation interne	NC	La charte de fonctionnement définie et validée en 2013 par le conseil de bloc ne précise pas complètement les modes de fonctionnement des différents circuits. cette charte ne précise pas complètement les règles de fonctionnement qui doivent répondre : - aux exigences sécuritaires et organisationnelles, - aux règles de programmation et de comportement, - aux conditions de fonctionnement hors et en garde, ainsi que les situations d'urgence, - aux modes de fonctionnement des différents circuits (dont l'ambulatoire et les urgences), qu'ils soient patients, professionnels, linge, déchets, ... De plus, on ne retrouve pas dans la charte du bloc en cours de révision qui a été présentée en cours d'investigation, l'identification des différentes zones à risques d'un bloc opératoire (salles d'intervention, circulation interne du bloc opératoire, sas transfert patient, circulation externe au bloc opératoire). Le dispositif de gestion documentaire n'est pas complètement maîtrisé. Lors des vérifications de terrain, des classeurs contenant des documents non intégrés au dispositif centralisé, non datés, non signés, ont été présentés à l'expert visiteur. Cela concerne par exemple les fiches d'installation des patients en fonction du type d'intervention, ce qui ne permet pas totalement de garantir la fiabilité des informations. Les professionnels sont conscients de ce risque ; un travail de référencement et d'actualisation des documents est mené. Le choix de l'encadrement du bloc de conserver ces classeurs papier versus électronique est motivé par la rapidité d'accès aux documents malgré l'existence d'une procédure de gestion documentaire institutionnelle et la mise en place de formations institutionnelles régulières.	26a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	PS	La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène n'est également pas systématiquement mise en œuvre au bloc opératoire. Les règles d'habillage adaptées aux différentes zones du bloc ne sont pas totalement effectives et la configuration actuelle des locaux du bloc opératoire ne permet pas le strict respect de l'asepsie progressive recommandée par les sociétés savantes (croisement de tous les circuits). Le	5c
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC		26a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>défaut d'application des règles d'hygiène est un facteur potentiel de risque d'infection de site opératoire. Si le risque n'est pas pris en compte dans la cartographie des risques, divers audits ont été menés au bloc opératoire par le SSH : Audits « préparation de l'opéré », « hygiène au bloc opératoire » et « observation entretien du bloc opératoire » avec actions d'améliorations.</p> <p>La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" n'est pas complètement mise en oeuvre.</p> <p>Les vérifications croisées lors de la réalisation de la check-list HAS sécurité du patient au bloc opératoire est incomplète. Les investigations de terrain ont montré que la check-list version 2016 adaptée à la chirurgie infantile n'est pas appliquée. Les critères spécifiques à la prise en charge chirurgicale des jeunes enfants ne sont pas précisés alors que la vérification de certains éléments (identité, opération prévue, site opératoire) est source de danger.</p> <p>Des professionnels rencontrés sont conscients de ce risque qui n'a cependant pas été intégré dans la cartographie des risques.</p>	26a
		NC	<p>Les professionnels travaillant au sein du site unique de désinfection des endoscopes n'ont pas de fiche de poste précisant leurs missions spécifiques.</p> <p>Pour les aides-soignantes du site de désinfection et pour les IDE des plateaux techniques assurant les pré-traitements des endoscopes, des fiches de poste ont été élaborées par l'encadrement en 2012 et revues en 2016, mais non validées par les directions compétentes (direction des soins ou direction des ressources humaines).</p>	26b
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Organisation interne	NC	<p>Il n'est pas prévu au plan de maintien des compétences de l'établissement de formations initiale et continue aux bonnes pratiques en endoscopie pour l'ensemble des professionnels réalisant les pré-désinfections, ou travaillant au niveau du site unique de désinfection des endoscopes.</p> <p>Une Aide soignante a bénéficié d'une formation externe aux bonnes pratiques de nettoyage des endoscopes, formation renouvelée récemment. Les autres professionnels ont eu des sensibilisations à l'hygiène par l'EOH. Leur formation interne consiste en la lecture des documents et procédures, et d'un tutorat d'une durée variable sans formalisation. Il n'y a pas d'évaluation et d'auto évaluation des niveaux de connaissances acquises. Lors de l'acquisition de nouveaux matériels, les fournisseurs organisent les formations des professionnels.</p>	26b



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**Centre Hospitalier William Morey de
Chalon-sur-Saône**

&

Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey

&

Centre Hospitalier de Chagny

4, rue du Capitaine Drillien – 71100 Chalon-sur-Saône

Octobre 2019

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	7
THÉMATIQUE DROITS DES PATIENTS.....	8

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.

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. L'additif au rapport de 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).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale	
Adresse	Centre Hospitalier William Morey
Département / région	Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey Centre Hospitalier de Chagny Saône-et-Loire – Bourgogne Franche-Comté.
Statut	Public
Type d'établissement	Centres Hospitaliers & Centre Hospitaliers Spécialisé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	710780958	Centre Hospitalier William Morey	4, rue du Capitaine Drillien 71100 Chalon-sur-Saône
Entité Juridique	710781329	Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey	55, rue Auguste Champion 71331 Chalon-sur-Saône
Entité Juridique	710781592	Centre Hospitalier de Chagny	16, rue de la Boutière 71150 Chagny

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	309	22	/
	Chirurgie	93	/	10
	Gynéco-obstétrique	38	4	/
SSR	Affections de la personne polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	42	/	/

Santé mentale	Psychiatrie générale	323	61	/
	Psychiatrie infanto-juvénile	10	76	/

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations,

2. Décisions

RECOMMANDATIONS

Droits des patients

Gestion du risque infectieux

Dossier patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

DROITS DES PATIENTS

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse		Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	L'établissement a identifié de nouveaux risques sur la base des éléments contenus dans son rapport de certification. Ainsi, des risques sont identifiés notamment sur le respect de l'intimité, de la dignité et de la liberté d'aller et venir sur le site du CHS de Sevrey, ainsi que sur les contentions chez les personnes âgées prises en charge sur le site de Chagny.	
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Non	Dans son compte qualité, si l'établissement fait le lien entre les données (en l'espèce les résultats de certification) et le risque, il n'a pas analysé ce risque pour en identifier les causes et donc déterminer l'action d'amélioration la plus à même d'y répondre.	
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les niveaux de maîtrise des risques a été déterminé en fonction des dispositifs en place et sont cohérents.	

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse		Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	En grande partie	Pour chacun des risques identifiés, notamment ceux en lien avec les conclusions de la visite de certification d'avril 2018, des actions d'amélioration ont été définies et intégrées dans le compte-qualité.	
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	Les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Saône-et-Loire, Bresse, Morvan qui regroupe 8 établissements publics de santé, ont engagé des travaux visant à établir les principes communs de rédaction d'une politique visant au respect des droits des	

patients dans chaque établissement ; les spécificités du CHS quant aux droits des patients sont intégrées dans la politique GHT. Ces travaux devraient aboutir à une charte commune relative au respect de l'intimité, la dignité du patient/résident que ce soit dans la pratique du soin ou dans la prise en charge globale du parcours patient, à des formations communes à l'échelle du territoire. Le GHT souhaite également formaliser une méthodologie commune de signalement de suspicions de cas de maltraitance. Toutefois, les CH de Chagny et William Morey (Chalon-sur-Saône) n'ont pas abouti dans leur projet de contractualisation interne. De fait, les objectifs définis à l'échelle de l'établissement ne sont pas déclinés dans des contrats de pôles.

Le nouveau projet d'établissement du CHS en lien avec les comités local de réflexion éthique, bientraitance, suivi de la loi et majeurs protégés et les pilotes droits des patients est en cours de rédaction. Ce nouveau projet d'établissement prendra en compte des droits du patient en termes de pratiques et d'architecture (projet nouvel hôpital). A échéance 2019, le CHS doit réajuster le règlement de fonctionnement des pôles. Enfin des solutions techniques et architecturales sont envisagées au sein des chambres d'isolement. Un protocole définissant les modalités de recours à la chambre d'isolement en chambre hôtelière est en cours de rédaction.

Une procédure définissant les modalités d'accueil d'un mineur en psychiatrie adulte a été rédigée. Cette procédure a été validée par les instances en juin 2019 et diffusée à l'ensemble des professionnels. La conformité et sécurité des chambres d'isolements est évaluée. Afin de prendre en compte les situations de maltraitance institutionnelle, le CHS de Sevrey identifie les situations de maltraitance des patients admis au CHS par pôle, soumises à la validation des instances.

Concernant le respect de la dignité et de l'intimité sur site du CHS de Sevrey, l'établissement développe un projet de reconstruction d'une unité fonctionnelle pour l'accueil des patients détenus et un projet de réhabilitation du pavillon Aigue Marine pour y déménager le pavillon Cormoran, qui devraient aboutir en fin d'année 2019. Par ailleurs, le projet de création d'un hôpital de jour « jeunes adultes » pour les 16-25 ans, en unité ouverte, débutera à l'automne 2019. Puis en 2020, afin de permettre un accès aux soins spécifique, l'établissement mènera un projet de création de pôle unique départemental de pédopsychiatrie.

Les travaux d'obturation des oculius des chambres d'isolement ont débuté en juillet 2019. En revanche, concernant les locaux (parfois vétustes, chambres à 3 voire 4 lits, absence de bloc sanitaire dans plusieurs chambres, chambre d'isolement non conforme, accessibilité aux personnes atteintes de handicap) et le matériel (absence de dispositif anti-pendaisons dans une salle d'eau accessible) ne font pas l'objet d'action spécifique. L'établissement s'appuie sur le schéma directeur. Toutefois, dans l'attente de la réalisation des travaux, aucune

		<p>mesure palliative n'a été imaginée.</p> <p>Concernant le respect des libertés individuelles, un référent institutionnel sur la thématique « droits du patient ; loi du 4 mars 2002 » a été nommé et sa formation inscrite dans le cadre d'un patients (DU). Des évaluations sont menées : indicateur quantitatif de l'utilisation des chambres d'isolement en chambres hôtelières, EPP en lien avec le comité local de réflexion éthique, bonnes pratiques sur l'utilisation des chambres sécurisées sur l'unité « Becarre ». L'utilisation des chambres sécurisées des unités « Becarre » est désormais prescrite par un médecin. Un audit permet d'évaluer le respect des bonnes pratiques (présence de prescriptions et renouvellements d'isolement thérapeutiques). Le CHS a défini un plan d'action lié aux résultats de l'indicateur d'utilisation des chambres d'isolement/hôtelières.</p> <p>Enfin, le compte qualité permet d'objectiver la mise en place de mesures visant à éviter que des mineurs soient hospitalisés dans les mêmes unités que des majeurs faute de place dans les unités dédiées aux mineurs.</p> <p>Sur le site de Chagny, la procédure relative aux contentions a été révisée pour intégrer respect de la réglementation. Elle précise les modalités de traçabilité de la surveillance. Durant l'année 2019, le personnel concerné sera sensibilisé. L'établissement souhaite également faire un état des lieux du matériel à disposition pour mieux l'adapter aux besoins et évaluer l'impact de la procédure révisée et de la formation sur les pratiques.</p>
Échéances définies et acceptables ?	En grande partie	<p>Les échéances de réalisation sont définies et acceptables pour chaque action.</p> <p>De nombreuses actions sont finalisées ou en cours de réalisation et quelques actions restent à mener au moment de l'envoi du compte qualité. La majorité des actions « en cours » seront finalisées en décembre 2019. Des actions, ayant une échéance plus lointaine sur 2020, concernent les travaux de restructuration sur le CHS de Sevrey, le développement d'un programme prévisionnel des évaluations Recueil IPC "réduction des risques liés à la contention physique passive" du REQUA sur le CH de Chagny, la poursuite des formations communes à l'échelle du territoire sur les droits des patients, la création d'un groupe de réflexion à l'échelle du GHT ou encore l'évaluation continue des pratiques dans chaque établissement et le suivi des FEI Inter-sites.</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	En grande partie	<p>Les modalités de suivi des actions planifiées sont renseignées pour l'ensemble des actions. Elles correspondent pour la majorité à une modalité « effective » de mise en œuvre (exemples : calendrier des réunions, plan d'action défini, Procédure diffusée, ...). Seules quelques modalités de suivi sont « chiffrables » par le biais d'un indicateur (nombre de</p>

	professionnels formés, évaluation du respect de la charte, EPP...).
--	---

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse		Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	L'établissement a actualisé les données de son compte qualité en ajoutant des résultats d'évaluations internes et des indicateurs. Les données disponibles dans le compte qualité sont en lien avec les actions définies.	
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	<p>Les indicateurs disponibles dans le compte qualité démontrent une amélioration sur différents aspects, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de la présence de prescriptions et renouvellement d'isolement thérapeutiques pour l'utilisation des chambres sécurisées des unités « Becarre ». Le fonctionnement instauré permet aujourd'hui de considérer que, dans tous les cas, l'utilisation des chambres sécurisées des unités « Becarre » est prescrite et renouvelée (100% de conformité). - le taux d'occupation de la chambre d'isolement en chambre hôtelière passant de 9% en novembre 2018 à 1% en mai 2019. - le nombre de mesures de contention en isolement par rapport à la file active a considérablement baissé passant de 46 en juin 2018 à 26 en décembre 2018. - le nombre de patients mineurs hospitalisés en unité adulte faute de place en psychiatrie infanto-juvénile passant de 3 en juin 2018 à aucun en juin 2019. - le taux constant de satisfaction globale des patients : 85,5% des patients en décembre 2018 et le taux de satisfaction des patients sur les conditions hôtelières : 83,5% en décembre 2018. - le taux de participation sur le CHS de Sevrey aux groupes de travail Comité de suivi de loi 2011 et majeurs protégés passant de 59% en décembre 2018 à 82% en juin 2019. - le taux de participation sur le CHS de Sevrey au groupe Droits des patients passant de 64% en janvier 2018 à 100 % en avril 2019. 	

- le nombre de professionnels formés : 99 personnes formés au CH de Chalon sur le thème « Droits des patients et fin de vie, Questionnement éthique » au 1er semestre 2018 ; sur le CHS de Sevrey, 22 professionnels médicaux et paramédicaux à la journée zéro contention en avril 2018, 115 formés au colloque « Droits et devoirs des patients » en mai 2018 et 18 formés à la session de 3 jours « isolement et contention » en septembre 2018.