



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
SAINTE-MARIE**

Morne Ducos
97112 Grand-Bourg - La Guadeloupe
SEPTEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	
Adresse	Morne ducos 97112 Grand-Bourg - La Guadeloupe
Département / région	GUADELOUPE / GUADELOUPE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	970100202	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	Morne ducos 97112 Grand-Bourg
Etablissement de santé	970100426	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	Morne ducos 97112 Grand-Bourg - La Guadeloupe

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	17
SSR	SSR	10

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Accréditation COFRAC en septembre 2017 sur 50% de l'activité.
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- Convention avec le CHU de Pointe A Pitre (urgences, consultations avancées, douleurs, soins palliatifs, contre périnatal de proximité, médecine du travail), - Convention avec l'EFS de Guadeloupe/Guyane (dépôt de sang), - GCS avec la clinique Saint Christophe de Marie-Galante.
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions	/
-------------------------------------------------	---

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	/	Urgences	Complexe	MCO
2	Personne âgée	SSR Polyvalent	/	Programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

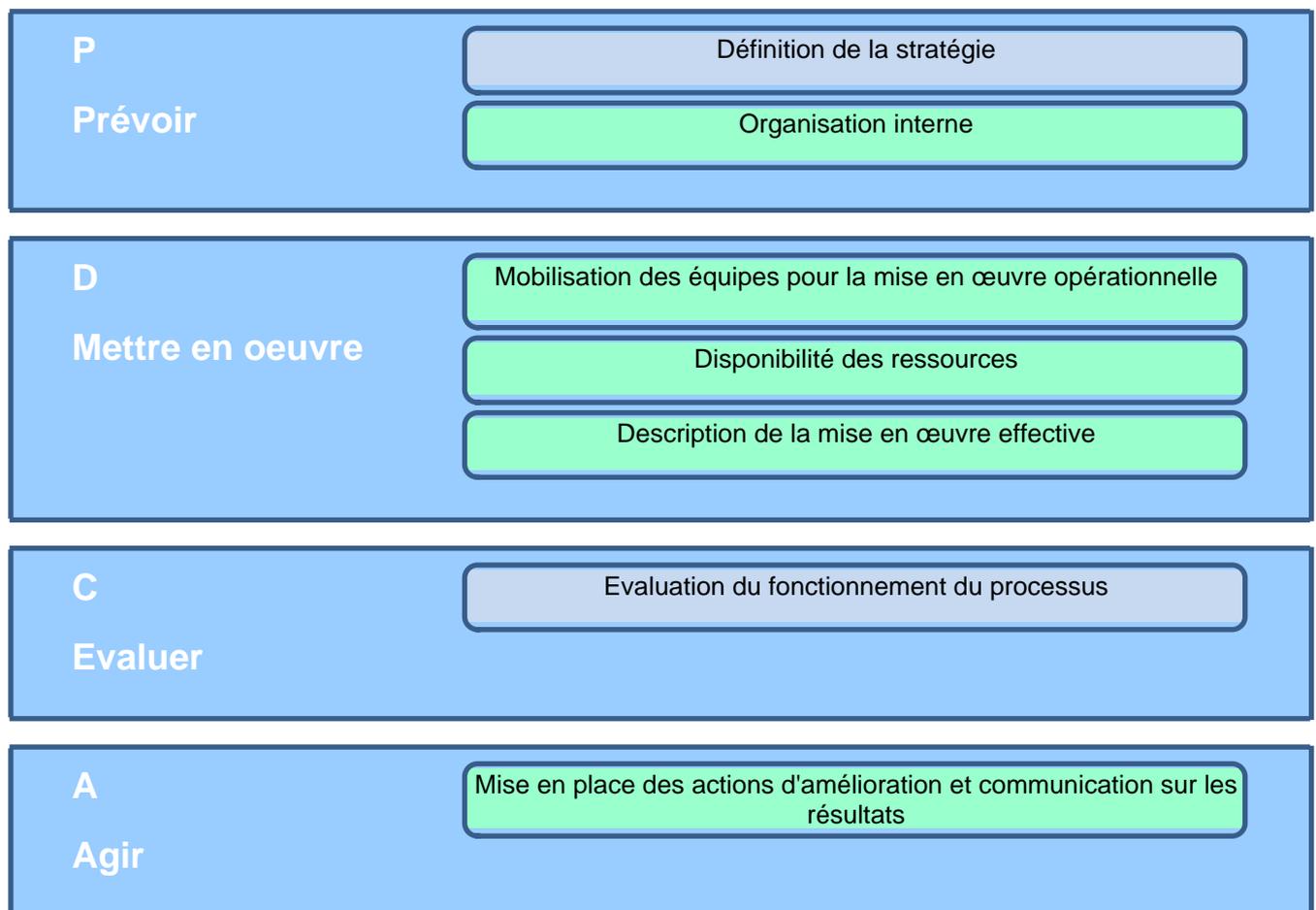
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier SAINTE MARIE (CHSM) est un établissement de proximité avec trois secteurs d'activités : le Pôle sanitaire entrant dans le champ de la certification HAS, un Pôle médico-social et un Pôle Prévention et Promotion de la santé (Hors champ de la certification). Le centre hospitalier Sainte Marie s'inscrit dans le cadre de coopérations fortes et privilégiées avec le CHU de Pointe à Pitre, avec des conventions de partenariat formalisées. A ce titre par exemple, plusieurs médecins, notamment urgentistes, sont mis à disposition par le CHU. Le Président de la CME, Urgentiste, est le responsable du SAMU-SMUR du CHU.

Au centre hospitalier Sainte Marie, il existe une stratégie d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins actualisée en 2017, ainsi qu'une politique EPP. Le Projet d'Établissement 2017-2021 identifie très clairement les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, avec par exemple des axes spécifiques sur la prise en charge des personnes vulnérables (axe 3), la diversification de l'offre et des alternatives à l'hospitalisation (axe 1) et la promotion d'une médecine de qualité (axe 6). Ces projets sont validés par la Direction, le Directoire, la CME, la CSIRMT et ont été présentés à l'ensemble des instances de l'établissement, notamment CDU, CLIN, CLUD, CLAN, etc. La politique qualité risques intègre les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise (plan blanc et ORSEC notamment réactualisés chaque année pour tenir compte des risques spécifiques en périodes cycloniques) ainsi que la stratégie EPP. Elle est élaborée sur la base d'une identification et d'une évaluation structurées des besoins, d'une analyse et d'un suivi des risques propres à l'établissement, en tenant compte de la double insularité de Marie Galante. Cette politique est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, réactualisé régulièrement et au moins une fois par an.

La politique qualité et sécurité des soins, les objectifs et les mesures de traitement des risques sont validés en instances dont la CME, présentés en CDU. Cette politique est déclinée en programme d'amélioration continue de la qualité des vigilances et de la gestion des risques, qui englobe l'ensemble des plans d'actions qui en découlent. Le compte qualité est composé des risques prioritaires identifiés par les professionnels, des actions d'amélioration sont prévues et des échéances fixées. Les trois représentants des usagers ont été impliqués dans cette démarche QGDR pour l'identification et la hiérarchisation des risques du compte qualité, puisque ils sont intégrés dans les groupes de travail mis en place à l'aide d'un consultant externe qui accompagne l'établissement depuis plus d'une année.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2014-2019, signé avec l'ARS, a identifié trois orientations stratégiques pour le CHSM : en premier lieu, l'amélioration de la qualité et de la sécurité, ensuite la progression du pilotage de l'établissement, enfin l'optimisation de la politique des ressources humaines et de la performance sociale.

ORGANISATION INTERNE

Le comité de pilotage interne de l'établissement a été créé par une décision de juin 2017. Il est pluri professionnel (19 membres, dont un des représentants des usagers). Il se réunit tous les deux ou trois mois en commission plénière. Une commission plus restreinte de dix membres s'est réunie tous les mercredis, en vue notamment de préparer au mieux la visite de certification. Le COPIL pilote la démarche, définit les objectifs d'amélioration, accorde les moyens pour y parvenir, mobilise les acteurs nécessaires et valide les plans d'actions. Cette instance est l'instance de concertation et de coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques. La stratégie du CHSM concourt à sensibiliser et impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins avec une mobilisation pour l'élaboration du compte qualité en groupes de travail, coordonnés par un accompagnement externe depuis une année environ.

Le directeur adjoint chargé des ressources humaines est également Responsable Qualité sous la responsabilité du Directeur, chef d'établissement, du Président de la CME. Il coordonne les démarches et actions qualité/gestion des risques avec les vigilants et les référents. L'AAH (attaché administration hospitalière) de l'établissement coordonne également un certain nombre d'actions et démarches QGDR, en particulier celles en lien avec le management stratégique, les services supports, etc., et la CSS (chef de service) faisant fonction de directeur des soins coordonne davantage les actions en lien avec les soins et la prise en charge des patients.

Le travail en matière de qualité et gestion des risques se fait en collaboration directe avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, médecin biologiste dans l'établissement.

Les circuits et interfaces en matière de QGDR sont formalisés (documents de politique, organigrammes, fiches actions, etc.) et sont connus de l'ensemble des professionnels, ce qui est largement facilité par la taille du CHSM et la communication entre les différents acteurs.

Plusieurs référents sont identifiés dans les secteurs d'activité, soit parce qu'ils ont bénéficié d'une formation diplômante (DU en Hygiène, DU Soins palliatifs, Plaies et cicatrisation, CESU, etc.), soit parce qu'ils ont été identifiés par l'encadrement comme personnes ressources dans certains domaines de responsabilités, comme par exemple : questionnaires de sortie, vérification bio nettoyage, fiche de

traçabilité en identitovigilance, dossier patient, ou encore médicaments, matériel biomédical, etc.
 Les professionnels impliqués directement dans la démarche QGDR disposent d'une fiche de poste définissant les rôles et les responsabilités en terme de démarche qualité et gestion des risques. Ces fiches sont actualisées. Les professionnels rencontrés connaissent bien l'étendue de leurs missions.
 Au regard des besoins et risques identifiés, le CHSM prévoit les ressources humaines en termes d'effectifs tant pour le fonctionnement du système qualité que pour la réalisation des activités. Les responsables qualité et les différents vigilants ont été formés et d'autres formations sont d'ores et déjà programmées (DU Qualité, DU Gestion des risques par exemple pour deux IDE). Ils ont également bénéficié d'une formation spécifique et régulière dispensée par un consultant externe pour la préparation de la visite de certification et d'une façon plus générale pour la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils apportent une aide méthodologique auprès des professionnels pour l'élaboration des procédures et la mise en place d'outils d'évaluation. Ils animent des formations internes auprès des professionnels. Les cadres de santé (deux cadres de santé diplômés), et le CSS faisant fonction de Directeur des Soins sont également très impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, comme la plupart des professionnels rencontrés sur l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres et responsables des différents secteurs d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. La plupart de ces cadres sont intégrés dans le COPIL. Chaque service (Médecine, SSR, Urgences, Centre de périnatalité...), met en œuvre les organisations définies à l'échelle institutionnelle pour décliner la démarche qualité en fonction de ses propres spécificités. L'encadrement de proximité et les différents référents au sein des unités relayent la dynamique impulsée par l'équipe de direction au sens large et la CME. L'objectif est de sensibiliser et impliquer les professionnels dans une démarche qualité et sécurité des soins, et redonner confiance à la population, notamment depuis la fermeture du bloc opératoire et de la maternité.

La direction et les cadres des différents secteurs sensibilisent et incitent les professionnels à déclarer les événements indésirables et les encouragent par une approche non punitive ("charte d'engagement à la déclaration des événements indésirables"), en place dès 2014 et récemment réactualisée. Le circuit permet une analyse des causes en réunions pluri professionnelles et mène à des actions correctives et préventives.

Des référents, relais des différents processus (médicaments, nutrition, hygiène, plaies et cicatrisation, dispositifs médicaux, matériel,...), présents dans les unités aident à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et des outils mis à disposition des professionnels. Les cadres s'assurent de leur application par des contrôles de conformités au sein des unités et identifient des actions correctives en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins en termes de compétences et d'effectifs formés (formation initiale, continue, qualifiante) sont disponibles au sein des unités. Un effort important est réalisé en matière de formation depuis 2012-2013, et la plupart des professionnels sont depuis partis à une ou plusieurs formations. Les formations en interne sont également développées, comme par exemple la prise en charge des urgences et soins non programmés par une IDE formée au CÉSU (ACR, cathéter intra-osseux...) ; ces formations durent entre 30 mn et une heure. Les plans de formation examinés par les experts-visiteurs font état de plusieurs DU (éducation thérapeutique, Nutrition clinique, douleur...), des formations certifiantes (AFGSU, DIU échographie gynécologie obstétrique, communication non verbales, etc.).

Des formations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins sont identifiées et intégrées au plan de formation de l'établissement. Les référents bénéficient de formations spécifiques ainsi que les nouveaux arrivants, tutorés jusqu'à 15 jours si nécessaire. Les équipes soignantes tournent sur les différents services de l'établissement afin de maintenir leur polyvalence.

Les ressources matérielles sont identifiées et allouées par le COPIL qui intègre d'ailleurs le directeur et l'équipe de direction. Les locaux sont adaptés, avec des travaux terminés (installation scanner, avec ouverture prévue en juillet) ou programmés (réfection des urgences avec 4 lits d'UHCD prévus – 2 actuellement). Le service qualité au sens large est clairement identifié, et une cellule Qualité avec des temps dédiés va se mettre en place dès septembre pour un suivi pérenne de la démarche.

Les ressources matérielles nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins sont disponibles, comme par exemple l'accès facilité à des ordinateurs pour l'ensemble des professionnels.

Les ressources documentaires sont disponibles dans l'ensemble des unités grâce à la base documentaire accessible sur l'intranet. Mais cette gestion documentaire n'est pas totalement opérationnelle. Cette base documentaire sous format électronique est récente (1 an environ) et n'est pas complètement alimentée. Deux types de gestion documentaire coexistent (papier et informatique), au moment de la visite des experts-visiteurs. La GED a été mise en place qu'en 2017. La gestion documentaire papier est encore très présente et assez mal structurée car l'établissement a fait le choix de s'investir au plus vite dans la GED

dont le déploiement complet est programmé pour le deuxième semestre 2018 (l'établissement a eu plusieurs dossiers importants à conduire simultanément : scanner, programmation travaux urgences, autorisations, cyclone, incendie du CHU avec ses impacts sur les hôpitaux périphériques, etc.). A ce jour, environ 30 à 40% des documents (protocoles, procédures, fiches, etc.) sont intégrés à la GED sur le CHSM. Les documents sont vérifiés et actualisés avant d'être versés sur les GED. L'appropriation de la nouvelle GED par les professionnels est en cours. Il existe une "procédure de maîtrise documentaire", datant de juin 2017, qui a pour but d'organiser cette gestion documentaire, mais cette gestion reste difficile pour la partie documents papier ; l'arborescence pour ces documents papiers est parfois complexe mais connue des professionnels. Ce risque avait été identifié par l'établissement dans le PAQSS et le compte qualité. Tout est mis en œuvre pour que la montée en charge soit la plus rapide possible et que l'actualisation de l'ensemble des documents se fasse au fur et à mesure de leur intégration dans la GED, avec une périodicité de révision préprogrammée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque unité ou service participe à la mise en œuvre de la démarche qualité et sécurité des soins. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles, ce qui est très largement facilité par la taille de l'établissement et la cohésion des équipes. La traçabilité des différentes activités est assurée. Les staffs sont hebdomadaires en médecine et SSR, tous les 15 jours aux Urgences. Ils sont pluridisciplinaires et permettent un réel partage de l'information. Les patients, leur entourage et les représentants des usagers (trois au total, dont deux rencontrés par les experts-visiteurs) sont associés à cette démarche. La gestion des plaintes et réclamations est réalisée au niveau de la direction, par l'AAH de l'établissement. Un tableau de bord de suivi a été présenté aux experts-visiteurs : Accusé de Réception de la plainte/ou réclamation (essentiellement quelques réclamations, le plus souvent orales), suite donnée, délais et actions correctives. Le signalement des événements indésirables et leur analyse participative sont effectifs. La cellule d'analyse des événements indésirables, le « CREX » est opérationnelle avec règlement intérieur, modalités d'organisation et de fonctionnement, traçabilité des réunions et des événements indésirables, retour vers les déclarants, analyse systémique si nécessaire. Cette cellule est en place depuis septembre 2017. Elle est issue de la CME et est alimentée par le COVIRIS. Elle est composée d'un médecin référent CREX, de représentants de la CME, de cadres de santé, d'IDE, d'aide-soignant, du gestionnaire des risques associés aux soins et de membres invités selon les événements indésirables à traiter. Elle se réunit environ une fois par mois, et plus si nécessaire en fonction des besoins. Les comptes rendus sont tracés. Une synthèse des événements indésirables est réalisée, des CREX sont initiés avec les acteurs concernés si nécessaire. Les analyses des événements indésirables se font quasiment en temps réel, puisqu'une alerte sur les messageries électroniques prévient les responsables qualité-risques. Un ou deux événements indésirables vont faire l'objet d'une analyse systémique. Pour les événements indésirables graves, les déclarations sont faites selon la réglementation en vigueur à l'ARS (1 événement indésirable grave en avril 2018), les analyses systémiques de type RMM organisées, avec un accompagnement méthodologique de la cellule d'appui régionale, se mettent en place progressivement. Le dispositif de vigilances (infectiovigilance, hémovigilance, matériovigilance, biovigilance,...) et la veille sanitaire sont opérationnels. Les correspondants pour ces vigilances sont généralement les pilotes des processus identifiés. La démarche qualité mise en œuvre au sein des services concourt à assurer une prise en charge adaptée et individualisée. Ce constat est confirmé par les deux parcours patients traceurs réalisés lors de la visite, et par les visites de terrain pour les différents processus investigués.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de management de la qualité et gestion des risques : suivi des audits réalisée, des signalements des événements indésirables, connaissance du logiciel qualité (GED), etc. La satisfaction des usagers est évaluée par l'enquête de satisfaction avec un retour significatif et exploitable sur le plan statistique ; l'analyse des résultats est réalisée, les résultats sont présentés en COPIL, en CME/Directoire et en CDU. Des enquêtes spécifiques sont également réalisées au SAU (bilan 2017 réalisé), en consultations externes et en SSR. La gestion et le suivi des indicateurs Hôpital numérique sont effectifs (niveaux des pré-requis et des domaines prioritaires établis). Le CHSM met en place des audits de pratiques (identitovigilance, tenue du dossier...) et suit sept EPP à ce jour (dénutrition chez la personne âgée, préparation de la sortie du patient, risque d'escarre, douleur, prise en charge échographique des métrorragies et/ou douleurs du 1er trimestre de la grossesse, suivi des grossesses, conciliation médicamenteuse). Les indicateurs sélectionnés dans l'établissement font l'objet d'un tableau de bord de suivi. La plupart de ces EPP sont en étape 4 (mesure d'impact) ou 5 (suivi régulier et intégré dans les pratiques). Un rapport d'évaluation des Pratiques Professionnelles au CHSM a

été réalisé et présenté aux instances. Les rapports d'activités des différentes commissions permettent le suivi et l'évaluation des actions.

Depuis 2012, le CHSM s'est inscrit dans le programme hôpital numérique et travaille autour des pré-requis (identité, confidentialité, fiabilité) et des domaines prioritaires retenus (biologie et radiologie, pilotage médico-économique...). Un récapitulatif de l'impact des EPP sur les prises en charge a été réalisé courant mai 2018 : les impacts sont très globalement positifs pour les sept EPP en cours.

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'amélioration de la qualité des vigilances et de la gestion des risques, mis à jour régulièrement et au moins une fois par an. Le Compte Qualité a également été mis à jour.

Le suivi de la mise en œuvre du processus qualité et sécurité des soins est assuré par les pilotes et copilotes des processus sur la base d'outils (indicateurs).

La stratégie est ajustée en fonction du suivi des indicateurs ainsi que le PAQSS.

Le plan de formation prévisionnel 2017-2018 identifie également plusieurs actions ayant pour but d'améliorer l'ensemble du management de la qualité et des risques, avec également plusieurs DU, des formations certifiantes, des congrès professionnels, des formations obligatoires, en particulier prévention et promotion de la santé, risque incendie, vigilances, AGFSU niveaux 1 et/ou 2 pour l'ensemble des professionnels, développement durable, etc.

Un journal d'établissement, « Journal Info Qualité du CHSM » a été créé en 2017, il est disponible en différents points de l'établissement et adressé avec les bulletins de salaire à l'ensemble des professionnels. On y lit des articles relatifs à la stratégie, à la place des usagers, à la démarche qualité, aux retours d'expérience, à la certification V2014, à la conciliation médicamenteuse, ... Il est apprécié par les professionnels rencontrés.

Des tableaux d'affichage sont présents dans le hall d'entrée et dans les services pour informer les usagers. Le COPIL contribue à la diffusion des résultats et l'information sur les réajustements de la stratégie en termes de qualité et gestion des risques, relayé en pratique sur le terrain par l'encadrement et les personnes ressources. Depuis juin 2017, le recueil de la satisfaction des patients par les questionnaires e-satis se met progressivement en place, mais il y a peu de retours à ce jour (les retours par courriers électroniques se font difficilement compte tenu de la patientèle accueillie et des habitudes culturelles insulaires). Les responsables qualité, l'encadrement et la direction accentuent leur sensibilisation sur ce domaine.

Dès septembre 2018, une cellule qualité doit se mettre en place afin d'assurer la pérennité de la démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec des temps dédiés pour les trois professionnels qui doivent la composer, à savoir deux IDE et une secrétaire. Les IDE vont suivre en septembre 2018, un DU Qualité pour l'une, un DU Gestion des Risques pour l'autre.

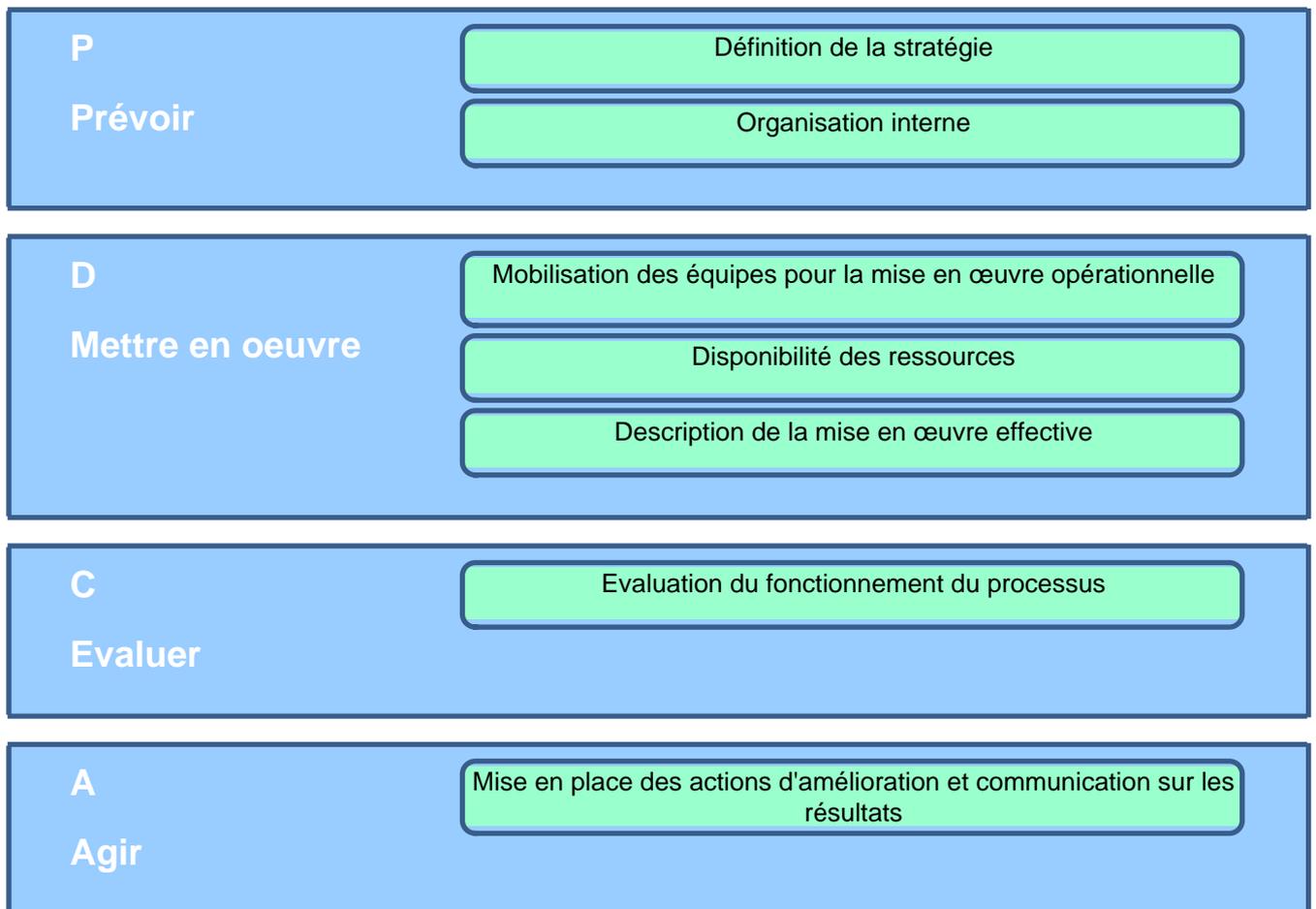
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Une politique de maîtrise du risque infectieux a été établie en novembre 2017 pour la période 2017-2021 et validée en Commission Médicale d'Établissement (CME). Cette stratégie est portée par la CME de l'établissement en articulation avec le CLIN.

Plusieurs axes dont le renforcement de la prévention, la maîtrise de l'antibiorésistance et la prévention des infections associées aux soins ont été définis en lien avec les priorités nationales. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le Compte Qualité suite à la prise en compte des directives nationales au regard de l'activité de l'établissement, des résultats d'indicateurs et d'évaluations, et d'un audit de processus réalisé en 2014, puis un autre en 2018. Ces risques ont été priorisés et travaillés par l'EOH, le CLIN et le CPIAS de Guadeloupe. Les actions d'améliorations sont colligées dans le PAQSS risque infectieux, intégré dans le PAQSS institutionnel. Le programme annuel est suivi par le CLIN et validé par la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de gestion du risque infectieux est assuré par un cadre hygiéniste, le coordonnateur de la gestion des risques associées aux soins et avec les autres membres du CLIN. Plusieurs correspondants en hygiène contribuent au pilotage et à la mise en œuvre de la dynamique engagée.

Le cadre hygiéniste intervient également sur un EHPAD et une MAS rattachés au centre hospitalier Sainte Marie. Une lettre de mission du Président de la CME et de la Directrice a été envoyée aux pilotes. Un référent antibiotique est identifié. Le COMEDIMS « virtuel » (échanges par voie dématérialisée) intègre des temps consacrés à l'antibiothérapie et toutes ses incidences.

La lutte contre les infections associées aux soins dispose d'un plan de formation concernant les professionnels déjà affectés et les nouveaux arrivants.

La gestion documentaire est organisée avec un suivi réalisé sur les protocoles à réviser et à travailler, en lien avec les pilotes des processus. Elle est disponible dans des classeurs et sera disponible dans la prochaine GED progressivement opérationnelle. Les protocoles sont en adéquation avec les besoins de l'établissement. Un guide d'antibiothérapie est validé. Les ressources matérielles sont prévues en adéquation avec les besoins et notamment avec la mise à disposition de dispositifs médicaux sécurisés.

Les interfaces sont organisées avec le pharmacien, le laboratoire, le bio médical, les agents de la logistique. Le médecin biologiste du centre hospitalier ainsi que le pharmacien font partis du CLIN. Un réseau de correspondants paramédicaux en hygiène est en place dans les services du centre hospitalier. Leurs missions sont définies.

Pour le bio nettoyage, une organisation est définie avec l'intervention d'un prestataire de service pour les espaces de circulation, les salles de soins/chambres des patients et pour les bureaux/administratif. Seul l'environnement proche du patient est à la charge des aides-soignants. Les services du prestataire sont évalués régulièrement.

Les membres de l'EOH et du CLIN travaillent en collaboration avec l'encadrement médical et paramédical des services. Les différentes surveillances environnementales dont l'ensemble des prélèvements sont planifiées et organisées (eau, air, surfaces...). Une conduite à tenir est formalisée en cas de non conformités. Des rencontres sont planifiées entre l'EOH et les membres de la commission des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement du programme d'actions qualité sécurité des soins dans tous les secteurs est assuré par l'EOH en lien avec l'encadrement. La sensibilisation des professionnels est assurée notamment avec le réseau de correspondants hygiène.

En 2017, les correspondants hygiène ont été formés. Plusieurs réunions par an sont organisées entre l'EOH et les correspondants hygiène permettant de les tenir informés des actions en cours et de l'actualité avec présentation des nouvelles procédures. L'EOH intervient au sein des unités de soins sur demande des professionnels ou suite aux alertes du laboratoire.

La semaine sécurité patient est organisée tous les ans avec des animations en Hygiène. Pour 2017, plusieurs actions ont été entreprises dont des passages de l'EOH dans les services et une enquête sur l'hygiène des mains « Zéro Bijou » à destination des professionnels (32 personnes testées) réalisée par les correspondants hygiène.

Des actions de surveillance sont planifiées dont celles des BMR. Le suivi des consommations des antibiotiques est réalisé par le pharmacien.

Les pilotes sont informés en cas de déclaration d'événement indésirable en lien avec l'hygiène. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou d'indicateurs). Des évaluations de pratiques professionnelles sont réalisées et suivies avec le CLIN.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences pour la gestion du risque infectieux sont adaptées. L'EOH participe à des actions de formations régionales du CPIAS, aux journées régionales de pathologies infectieuses, et aux congrès en Hygiène Hospitalière afin d'actualiser leurs connaissances. Pour l'antibiothérapie, l'EOH travaille en collaboration avec le médecin référent antibiotique, le pharmacien et le biologiste.

Il existe des possibilités d'avis d'infectiologues par téléphone en lien avec le CHU de Point-à-Pitre. Le suivi des prescriptions d'antibiotique est intégré dans l'analyse pharmaceutique.

Des formations sont réalisées par l'EOH. Des formations sont organisées en interne et portent notamment sur la prévention des transmissions croisées et le respect des bonnes pratiques.

La documentation est accessible à partir de classeurs situés dans les unités de soins. Les principaux documents sont connus des professionnels. Les protocoles sont actualisés. Les comptes rendus des CLIN et recommandations en antibiothérapie sont diffusés à l'ensemble des médecins et professionnels concernés du centre hospitalier. Le guide d'antibiothérapie est distribué sous format papier à l'ensemble des médecins, il est renseigné également dans le logiciel de prise en charge du circuit du médicament.

Les produits à utiliser sont identifiés. Les locaux déchets dans les services, incluant les DASRI, sont conformes. Les locaux du centre hospitalier Saintt Marie sont propres. Le matériel de prévention du risque infectieux est à disposition des professionnels au sein des services. Des chariots avec le matériel nécessaire sont disponibles en cas de prescriptions de précautions complémentaires.

Il existe des procédures et des modes opératoires spécifiques qui encadrent la prise en charge des patients présentant des risques infectieux particuliers ou étant susceptibles d'être porteur de BMR, BHRE.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'EOH est informée systématiquement des patients porteurs de BMR ou autres germes surveillés. Des pancartes plastifiées sont disponibles pour afficher devant les portes des patients concernés. Les correspondants en hygiène et l'EOH vérifient la mise en place des précautions complémentaires dans les services. Une traçabilité est effectuée dans le dossier patient avec visibilité à l'équipe soignante. Cette traçabilité comprend les préconisations et la vérification du respect des précautions complémentaires.

Pour les prescriptions d'un antibiotique à dispensation contrôlée, un formulaire bloquant doit être rempli par le prescripteur (renseignements sur le terrain du patient, le site infectieux, le type d'antibiothérapie...). L'établissement par l'intermédiaire de l'EOH et du CLIN élabore les protocoles nécessaires à la lutte contre le risque infectieux. La mise en œuvre de ces protocoles est assurée dans les différents secteurs. La surveillance de la consommation des antibiotiques est effective avec l'incidence des BMR et BHRE. Le pharmacien peut suivre le taux de prescriptions d'antibiotiques réévalués, opération facilitée avec le logiciel ; il est retrouvé la réévaluation tracée et réévaluation implicite. Les correspondants en hygiène ont accès aux comptes-rendus des réunions.

Les réunions de travail organisées périodiquement par l'EOH sont tracées. Le bilan de lutte contre le risque infectieux fait l'objet d'une validation en CME et présenté en réunion avec les correspondants hygiène. L'EOH est informée des quelques fiches événements indésirables en lien avec le processus avec constat que la culture du signalement doit être développée. La traçabilité de l'entretien des locaux est partiellement réalisée par le prestataire externe.

Les professionnels connaissent les protocoles et sont formés lors de la mise en place d'un nouveau produit. Des réunions entre le responsable sur site de l'équipe de professionnels du prestataire externe et l'EOH sont régulières. La procédure AES est connue et le kit est disponible aux urgences. Les surveillances environnementales sont réalisées. En cas de non conformités, les mesures correctives sont mises en place. Les professionnels sont informés des résultats des indicateurs (affichage, journal qualité, intranet...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont organisées régulièrement afin d'évaluer le processus ainsi que le recueil des indicateurs de la lutte contre les infections associées aux soins. A titre d'exemple, plusieurs audits, dont notamment la surveillance de consommation d'antibiotiques, sont réalisés par service. Un bilan annuel de la gestion du risque infectieux émanant de l'EOH et du CLIN est établi et est présenté en CME. Les résultats des évaluations sont exploités pour identifier des actions d'amélioration.

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

Le programme de lutte contre les infections associées aux soins fait l'objet d'une révision annuelle en fonction des résultats obtenus. L'EOH pilote la réalisation de ces actions comme dernièrement la mise en place d'une fiche de liaison en cas de transfert patient avec renseignement infectieux et recommandations du type de précautions complémentaires. Les résultats d'évaluations et les actions mises en œuvre sont portés à la connaissance de la CME et de la CSIRMT et des professionnels par l'intermédiaire de l'EOH, des correspondants hygiène et d'affichages. Un membre de l'EOH participe à certaines réunions de la CDU.

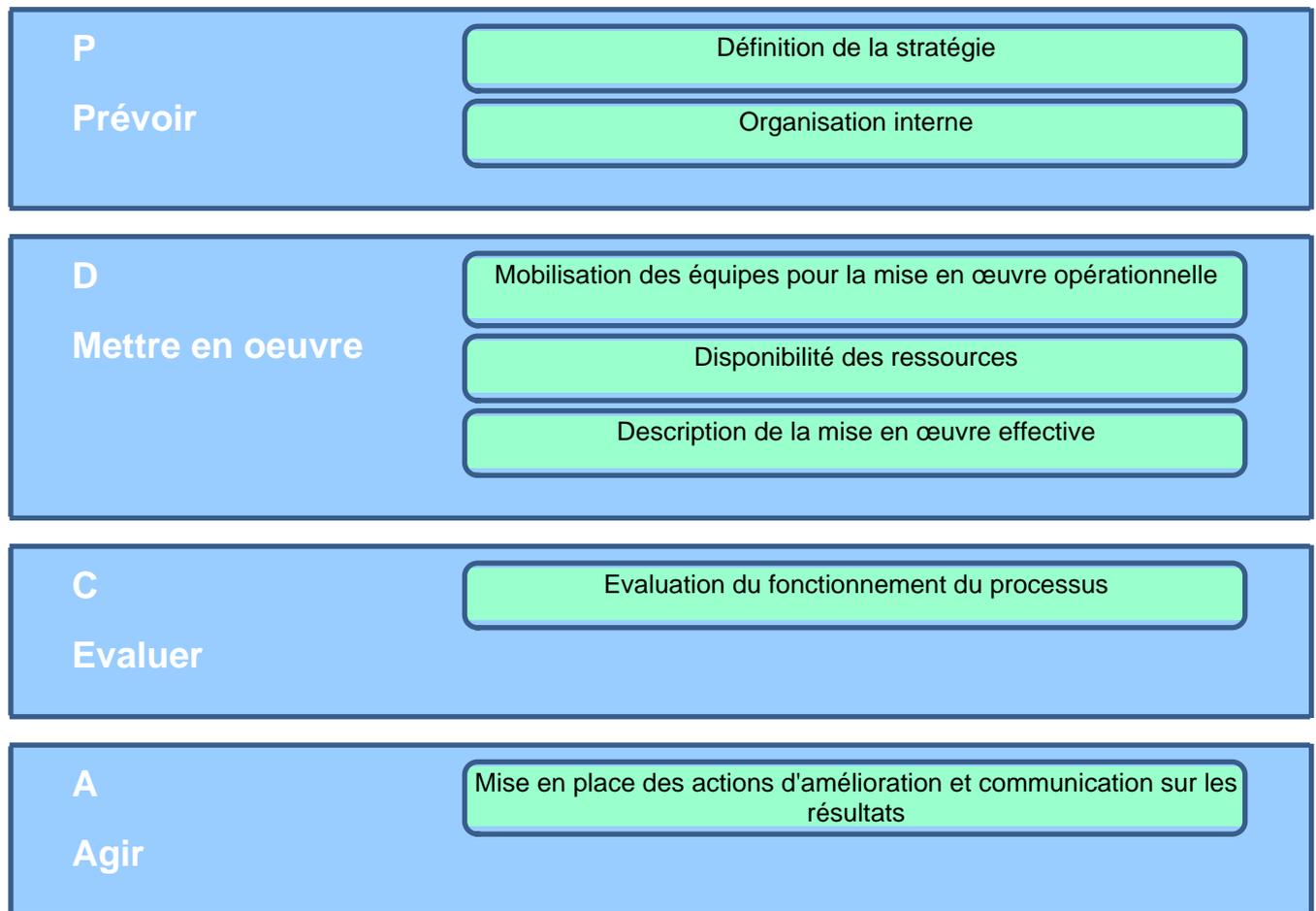
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement, qui se retrouvent dans le projet d'établissement 2017-2022, dans « La politique droits des patients » d'octobre 2017 et dans la politique spécifique ciblée sur le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté, également d'octobre 2017, avec chaque fois un engagement fort de la direction pour promouvoir, poursuivre et soutenir ces politiques.

Cette stratégie tient compte des évolutions réglementaires, notamment de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge et de la récente loi santé de janvier 2016.

Cette stratégie est validée par les instances concernées, notamment CME/directoire et CDU, et est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, retrouvé notamment dans le compte qualité dans lequel six risques prioritaires ont été identifiés.

Les axes liés à la bientraitance et à la promotion des droits des patients, l'information du patient sur son état de santé, la personne de confiance, le consentement libre et éclairé, sont prioritaires.

Les objectifs stratégiques sont déclinés, remis à jour dans le Compte Qualité actualisé depuis le dernier envoi à la HAS il y a six mois. Le programme qualité risques qui en découle est présenté aux instances, en particulier CME/directoire et CDU, et d'une façon plus globale à l'ensemble des instances du CHSM.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de ce processus est confié au CSS faisant fonction de directeur des soins, en lien avec l'Attaché d'administration (AAH). Ces professionnels ont des fiches de postes décrivant leurs missions. Ils travaillent sur cette thématique en lien étroits avec la CME et les représentants des usagers, notamment en recoquillant leurs avis au cours des CDU, mais d'une façon générale chaque fois que l'occasion se présente.

L'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CDU est réalisée sur différents supports (affiches, notes, livret d'accueil,...) et largement véhiculée par les professionnels.

Une réflexion éthique est en place au CHSM, avec un Comité d'éthique réactivé en septembre 2017 avec un règlement intérieur formalisé ; il est pluridisciplinaire, d'une dizaine de personnes, et incluant un représentant des Usagers. Cette dimension éthique est très largement prise en compte dans l'établissement, avec des questionnements spécifiques notamment pour les soins palliatifs avec l'obstination déraisonnable, les refus d'alimentation, les douleurs persistantes, voire les demandes d'euthanasie. Une commission de soins palliatifs travaille à ce titre en étroite collaboration avec le CLUD et le Comité éthique.

Le respect des libertés individuelles, tout comme pour les autres droits des patients (bientraitance, dignité, intimité ou confidentialité, etc.) sont des préoccupations institutionnelles fortes. Les représentants des usagers rencontrés en particulier et les membres de la CDU, sont associés à cette démarche.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients : sécurisation informatique des données du patient (habilitations nominatives, mise en veille rapide des ordinateurs, etc.), bureaux préservant la confidentialité, salles spécifiques pour recevoir les familles si nécessaire, ou utilisation des espaces extérieurs si possibilité.

Dans les chambres à deux lits, la confidentialité est parfois plus difficile à assurer, mais les professionnels s'organisent : l'accord des patients est recherché si des informations doivent être délivrées à leur chevet et que le patient d'à côté ne peut sortir. Dans ces situations, les professionnels s'organisent afin d'essayer d'installer au mieux ces patients dans des chambres individuelles (5 au total sur le CHSM).

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris d'hygiène, est assuré par les professionnels qui s'organisent afin de pallier les difficultés architecturales. Les professionnels sont par ailleurs très sensibilisés sur ces thèmes, en particulier par l'encadrement médical, paramédical et par la psychologue et l'assistante sociale.

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement des interfaces en matières de droits des patients, y compris en fin de vie, qui sont opérationnelles.

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 organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur

ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats, notamment lors des staffs hebdomadaires en médecine et SSR et tous les 15 jours au service des urgences. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont en place : réunions de service, CDU, etc.

Les actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, événements indésirables, etc.). Les professionnels concernés participent à l'identification et à la mise en œuvre des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs) et matériel (équipements) sont disponibles dans les différents secteurs. Les locaux sont vétustes dans certains secteurs, mais bien entretenus et tout est mis en œuvre pour garantir l'intimité et le respect de la dignité du patient : paravents entre les lits pendant les toilettes et si nécessaires (soins, souhait du patient, etc.), pratiques des professionnels. Une salle multiconfessionnel est disponible pour les usagers qui le souhaitent. Il y a des salles de bains et sanitaires dans toutes les chambres.

Les formations des professionnels sur cette thématiques sont régulières, inscrites aux plans de formation 2016, 2017 et prévues pour 2018 présentées aux experts-visiteurs en cours de visite. Les actions de sensibilisation sont également réalisées par l'encadrement de proximité et par les pilotes (AAH, CSS). Les professionnels rencontrés sur le terrain avaient tous en tête des actions de formation ou de sensibilisation récente à préciser.

Subsiste une difficulté dans la chambre dite de « dégrisement », installé au niveau du service d'urgences. En effet, le respect de l'intimité et de la dignité du patient n'est pas garanti dans la salle dite de "dégrisement" installée au sein du service des urgences. Cette chambre de "dégrisement"/isolement permet aux professionnels de prendre en charge des patients agités, alcoolisés ou présentant des trouble psychologiques. Le lit est scellé au sol et l'aménagement plus que limité (sanitaire, WC). Cette chambre qui est souvent entrouverte, comporte également un oculus sur la porte, afin que les professionnels puissent surveiller sur leur passage le patient pris en charge dans la chambre.

Mais de fait, porte ouverte, ou visualisation par l'oculus, permettent à des tiers non professionnels de voir ce qui se passe dans cette pièce. Le patient présent, plus ou moins agité, parfois avec contention (sur prescription médicale effective), peut être vu dans une situation dégradante pour lui.

Ce risque n'avait pas été identifié par l'établissement, ni dans le compte qualité, ni dans le PAQSS, les professionnels n'ayant pas pris conscience de cette difficulté. Il n'y avait donc pas de procédure spécifique pour la prise en charge dans cette chambre, à l'exception d'une procédure pour la contention et la surveillance qui lui est associée. L'établissement a été réactif et a commencé à travailler sur ce risque en cours de visite des experts-visiteurs ; une première réunion pilotée par la psychologue de l'établissement, en lien avec le chef de service (président de la CME), et les professionnels de terrain s'est tenue avant le départ des experts-visiteurs. Le risque et un début de plan d'actions, à affiner, a été inscrit au PAQSS institutionnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement des interfaces qui sont opérationnelles.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris d'hygiène, est assuré par les professionnels (à l'exclusion de la salle de "dégrisement"). Les professionnels sont par ailleurs sensibilisés sur ces thèmes.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients : sécurisation informatique des données du patient (habilitations nominatives), bureaux préservant la confidentialité, salles spécifiques pour recevoir les familles.

Le recueil du consentement du patient et/ou de son entourage lorsque cela est nécessaire (population vieillissante) est recherché lorsque cela est possible, en dehors des situations d'urgence. Les bonnes pratiques de traçabilité du consentement se mettent progressivement en place par des actions de sensibilisation régulières auprès des professionnels. L'information du patient sur son état de santé est réalisée par les médecins, les IDE et cadres en fonction du type d'information. La psychologue peut également intervenir pour des situations plus difficiles à gérer. Cette information a été retrouvée dans le PT réalisé.

L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont organisés : accueil par le médecin, puis par les équipes soignantes, locaux dédiés, etc. Chaque fois que cela est possible, notamment pour les patients en fin de vie, les proches peuvent être au chevet sans limitation de durée (en dehors des soins). Des lits accompagnants sont proposés. Dans ces situations, les professionnels s'organisent afin d'essayer d'installer au mieux ces patients dans des chambres individuelles (5 au total sur le CHSM).

L'ensemble des soins fait l'objet de prescriptions médicales tracées dans le dossier informatisé et réévalué régulièrement.

Des réunions périodiques entre les professionnels, tracées, permettent de faire le point sur les prises en charge, mais également sur les actions institutionnelles ou plus ciblées. Elles sont organisées dans les différents secteurs visités : Médecine, SSR, urgences.

Des mémos à usage des professionnels de santé, relatif aux droits des patients, sont disponibles dans les unités de soins : ils précisent l'information Bénéfices/risques, les refus de soins, la notion de personne de

confiance, les directives anticipées, les conditions d'accès au dossier du patient et les situations spécifiques lorsque le patient est hors d'état de s'exprimer.

La traçabilité des actions et activités est assurée, les feuilles d'émargement sont systématiques.

L'affichage des indicateurs nationaux est effectif sur différents supports et en différents lieux : hall, salons, étages, etc.

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 : questionnaires de sorties, nombre de plaintes et/ou réclamations, retour des représentants d'usagers, événements indésirables et analyse mensuelle en revue CREX, etc.

Le questionnaire de sortie comprend des items quant à la satisfaction liée au respect des droits, de la dignité et de l'intimité des patients.

Des questionnaires spécifiques aux urgences et en SSR ont été réalisés pour mieux cibler les besoins des usagers.

Des grilles d'autocontrôle des pratiques professionnelles, à destination des cadres, des IDE, aide-soignant et ASH ont été réalisées, avec 33 items, afin de promouvoir la bientraitance.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (PAQSS actualisé). Des supports et modalités de diffusion sont établis.

A titre d'exemple, le nouveau journal du CHSM, « Journal Info Qualité », a été présenté aux experts-visiteurs et intègre plusieurs informations à destination des patients, des familles et des professionnels dans le but de garantir les droits des patients.

De la même façon, une salle de bain plus adaptée aux patients grabataires va prochainement être construite (début des travaux fin mai 2018) afin d'améliorer leur confort, leur prise en charge, leur intimité et leur dignité. Un effort particulier va être conduit afin d'améliorer le confort hôtelier dans les chambres, car à ce jour l'absence de TV, WiFi, téléphone pose un vrai problème pour les patients, problème identifié par l'établissement dans son compte qualité.

La communication des résultats est réalisée, en interne et en externe, notamment au travers des commissions, en particulier la CDU, et par les panneaux d'affichage présents à plusieurs niveaux dans les deux établissements. Cette communication passe également par le journal interne et par l'Intranet du CHSM.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

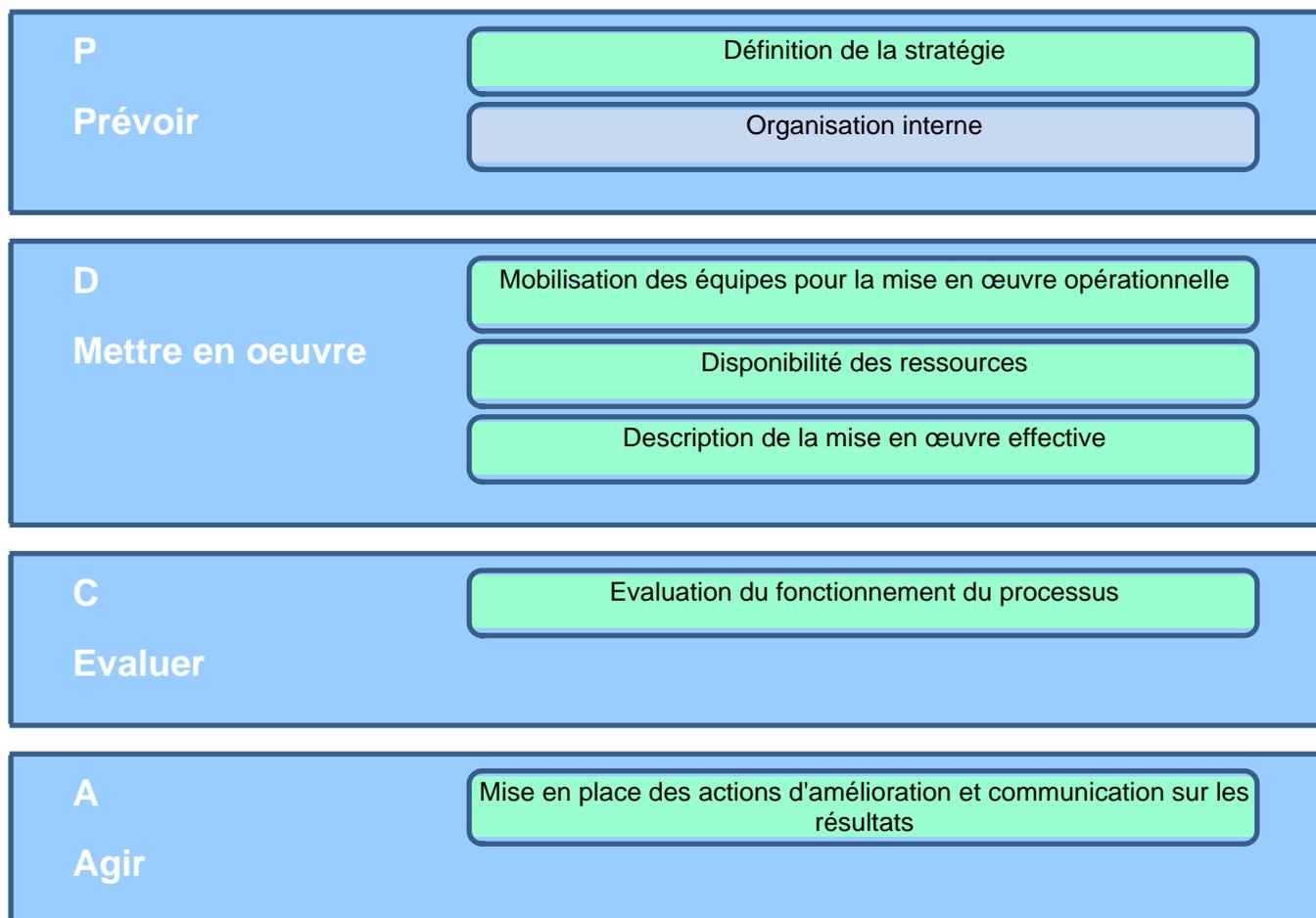
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement permet une prise en charge de proximité, d'urgence et périnatalité articulée avec l'établissement support du GHT. La prise en charge des personnes démunies et vulnérables s'appuie sur une démarche pilotée par l'assistante sociale. Elle peut être sollicitée pour tout patient nécessitant des soins sans couverture sociale. L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser la continuité et l'accès aux soins.

Le Projet d'établissement 2017-2021 réalisé en concertation avec plusieurs corps professionnels, s'intègre avec le projet régional de santé (PRS) en complémentarité avec les autres acteurs de santé. Le CPOM 2014-2018, signé en décembre 2016, précise les orientations stratégiques.

Le projet d'établissement a notamment pour objectifs de pérenniser l'offre de soins existant dans l'établissement et s'orienter vers de nouveaux partenariats et prises en charge qui correspondent aux besoins à la fois de la population mais également du territoire : notamment en développant les offres de soins orientées vers la prise en charge des personnes vulnérables. Enfin, l'établissement souhaite, en tant que pôle de santé pluridisciplinaire, poursuivre son intégration au sein du GHT, des réseaux médicaux du secteur dont les thématiques le concernent et avec les autres structures avoisinantes du territoire en respectant par ailleurs la qualité et la sécurité des soins.

Un axe qualité est de favoriser les relations professionnelles avec les structures d'amont et d'aval et le milieu libéral. Une cartographie des risques a priori des différents parcours du patient a été élaborée de manière participative. Les risques ont été identifiés et hiérarchisés en s'appuyant également sur la base de différentes données. Les plans d'actions ont été intégrés dans le PAQSS, présentés aux instances. Le Compte Qualité a été renseigné en lien avec la cellule qualité et gestion des risques.

Les pilotes ont identifié les risques en partant des situations de prise en charge et des patients traceurs réalisés ce qui a permis d'alimenter le compte qualité et de dégager des priorités qui donnent lieu à un programme d'actions sur l'ensemble du parcours. Le plan d'actions est validé par le COPIL. Il est intégré dans le PAQSS avec pilotes, échéancier, indicateurs et état d'avancement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus en identifiant des parcours principaux. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge et avec les partenaires extérieurs. Une remise de documents papiers aux patients est organisée permettant la continuité des soins avec les médecins traitants et les professionnels paramédicaux libéraux.

Le Président de la CME et la Directrice ont développé des partenariats permettant de multiplier une offre de consultations médicales spécialisées au sein du CHSM. Un plan de formation institutionnel est proposé aux agents et il intègre notamment la formation aux gestes d'urgences et à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie et disponible sur la gestion documentaire. Elle consiste notamment en l'appel aux urgences pour toute urgence vitale sur le site du centre hospitalier.

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés lors des visites pluridisciplinaires. En cas de prise en charge nutritionnelle, une mention est tracée dans le dossier patient unique. La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient. Une dynamique est mise en place pour la diminution de la durée moyenne de séjour et de l'incitation à la prise en soins ambulatoires et par l'HAD ou le relais par les professionnels libéraux.

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisée entre secteurs de soins de suite et de réadaptation et les services de courts séjours. Il n'existe pas de PASS mais l'assistante sociale a mis en place des dispositions permettant d'aider les patients dans l'accès ou le maintien de leurs droits sociaux.

D'une façon générale, les circuits et interfaces sont structurés, et connus des professionnels. Ces articulations sont facilitées par la taille de l'établissement.

Les liens avec l'HAD sont renforcés. Les mesures à mettre en œuvre en cas d'identification de patients présentant un risque suicidaire sont définies.

Des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Un suivi est réalisé par la DRH et la Direction des Soins. L'intégration des nouveaux arrivants médicaux est organisée. Une journée d'accueil est proposée 2 fois/an aux nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux. Il existe une organisation de la permanence médicale. Les sages-femmes animent un centre de périnatalité qui prend en charge les parturientes jusqu'à 38 semaines de grossesse. Elle réalise également l'orthogénie médicamenteuse jusqu'à 7 semaines de grossesse et un gynécologue se déplace au CHSM 4 fois par mois. Après la 38ème semaine, les parturientes se déplacent à Point-à-Pitre.

L'établissement a mis en place une activité de télé-médecine notamment dans le champ de la cardiologie

avec une activité de télé-échographie (échographie télé-robotisée) entre le CHSM et le CHU de Point-à-Pitre. Un véhicule « bus info-santé itinérant » se déplace de manière programmée sur différentes sections de l'île pour proposer des actions d'information à la santé et de prévention.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité a connaissance des objectifs de la politique et des actions d'amélioration. Il communique auprès des équipes afin d'impulser la démarche d'amélioration en identifiant pour chaque secteur ses propres besoins et ses propres risques dans le cadre de la cartographie réalisée et priorisée.

Il décline les objectifs attendus et en particulier la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins, la qualité du fonctionnement et la concertation entre professionnels soignants. Il s'assure également de la conformité des pratiques au regard des dispositions déjà mises en place ou en cours.

Les professionnels déclarent des événements indésirables via un logiciel de déclaration ou une fiche papier. Ils sont informés des suites données. Certains professionnels sont sollicités pour participer à des instances, des groupes de travail (afin de s'assurer de la satisfaction des usagers en lien avec leur parcours de soins) ou à des EPP, voire des REX. Le suivi des indicateurs, des résultats d'audits permettent à l'encadrement de s'assurer de l'application des protocoles et de leur appropriation par les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations) sont adaptées aux besoins et aux risques de l'établissement. Des promotions professionnelles, des actions de formation continue et des recrutements ont permis l'adéquation quantitative et qualitative des compétences, en nombre de professionnels dans les secteurs en journée et la nuit.

Des dispositions sont prises pour assurer la continuité des soins dans les cas où les effectifs sont insuffisants. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement (personnes ressources en cardiologie, pédiatrie, urgentistes...) ou à l'extérieur de l'établissement dans les structures avoisinantes. Par ailleurs, les professionnels bénéficient de formations externes et internes au regard de la spécificité des prises en charge, des actes ou du développement de nouvelles activités (prise en charge de la douleur, de la fin de vie). Le suivi de la formation aux gestes d'urgence vitale est structuré. Des protocoles et procédures validés et actualisés sont accessibles aux professionnels via des classeurs qualité et la GED dont la mise en place est récente et partielle. Les modalités d'accès sont connues des professionnels rencontrés qui peuvent participer à leur élaboration. Les locaux, le matériel et les équipements sont adaptés aux différentes activités ou filières de soins. Un matériel d'urgence vitale est disponible et sécurisé dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'établissement a organisé la permanence des soins 24h/24, 7j/7 par la mise en place d'un système d'astreintes médicales et paramédicales (nuit et week-end) assurées par des médecins de la structure ou sur la base de conventions de mise à disposition.

Lors de l'arrivée du patient, son identité est contrôlée lors du passage au bureau des entrées.

L'accueil est le plus souvent réalisé par une infirmière assistée d'une aide soignante qui informent le patient (ou son entourage en cas de difficultés cognitives) de son séjour, qui réalisent son évaluation initiale et posent le bracelet d'identification (si celui-ci peut être posé aux urgences), en lui remettant le livret d'accueil.

Ensuite, le médecin et les personnels paramédicaux réalisent leurs évaluations initiales dans un délai de 24 heures. Elles sont tracées pour les médecins et pour les personnels non médicaux dans le dossier de soins papier. Le patient est informé de son projet de soins personnalisé et si nécessaire de son programme de rééducation. Le projet de soins personnalisé est d'ailleurs initié et réajusté au cours du séjour en SSR. La réflexion bénéfique/risque est prise en compte. La réévaluation du projet de soins est régulière et pluridisciplinaire en médecine, en SSR et en médecine en concertation avec le médecin, les paramédicaux, les rééducateurs, l'assistante sociale et la diététicienne lors de staffs journaliers ou hebdomadaires complétant les visites des médecins et le suivi rééducatif. Une information thérapeutique et éducative est réalisée auprès des patients. L'observation médicale initiale et les synthèses hebdomadaires sont tracées dans le dossier. Par ailleurs, la traçabilité des activités réalisées par l'ensemble des professionnels est le plus souvent assurée sous la forme de transmissions ciblées.

Les modalités de réalisation des prélèvements biologiques et des examens d'imagerie sont respectées et opérationnelles y compris en urgence. La prise en charge de l'urgence vitale est organisée. Des chariots d'urgence sont positionnés dans les salles de soins des différents secteurs d'hospitalisation.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est effectif et assuré par la diététicienne. Elle peut contribuer à réaliser un bilan à l'entrée du patient puis le prendre en charge durant toute son hospitalisation. Le suivi de la traçabilité du poids est effectif.

Le risque suicidaire est évalué à l'admission et pris en compte. La présence d'un psychologue sur l'établissement permet d'évaluer et de suivre le statut psychologique du patient et, si nécessaire, une consultation avec un psychiatre est organisée.

La prise en charge de la douleur est assurée et suivie et le risque d'escarres évalué par l'utilisation d'échelles de risques. Les indicateurs IQSS confirment ces pratiques. Concernant la fin de vie, la gestion des soins palliatifs est prise en compte dans l'établissement en lien avec une convention avec un établissement de Guadeloupe et un comité d'éthique existe. Deux lits sont en cours d'identification de lits identifiés en soins palliatifs.

Les dommages liés aux soins sont connus et la conduite à tenir est respectée par les professionnels.

La sortie des patients est planifiée en associant l'entourage et son organisation régulièrement abordée lors des staffs hebdomadaires. Les professionnels d'aval sont intégrés dans le projet de sortie. L'indicateur DEC (délai d'envoi du courrier d'hospitalisation) confirme le niveau de la transmission des données du patient pour assurer la continuité de sa prise en charge à sa sortie (soit retour à domicile le plus souvent, soit transfert vers une structure d'aval).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles entre autres entre les services de soins, les plateaux techniques et le secteur administratif. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont organisées sur le processus "Parcours du Patient". Elles reposent sur le questionnaire de sortie (avec des items détaillés concernant sa prise en charge), sur le recueil et l'analyse des plaintes et réclamations, sur l'analyse des événements indésirables et sur les indicateurs externes ou internes, issus d'audits annuels ou semestriels, parfois ciblés sur des activités ou des actes spécifiques.

Des formations internes permettent de sensibiliser les professionnels et de tester l'évolution de leurs connaissances. L'établissement a par ailleurs mis en place plusieurs démarches d'EPP sur l'établissement dont plusieurs ont spécifiquement trait au parcours du patient.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes de ce processus. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels par l'intermédiaire de divers outils : réunions de service, affichage, journal info-qualité, réunions des instances, communication en CDU...

L'établissement a amélioré ses contacts avec les établissements d'amont et d'aval et avec les filières de soins de ville, en particulier en améliorant les contacts entre médecins et les personnels non médicaux libéraux.

La prise en charge de la fin de vie est dans une dynamique d'amélioration pluridisciplinaire avec la mise en place d'outils pour que les professionnels puissent s'impliquer pleinement dans ce travail. La prise en charge du patient est le plus souvent adaptée à la demande et une pluridisciplinarité assure une cohésion du projet éducatif et thérapeutique, concerté et contractualisé avec le patient.

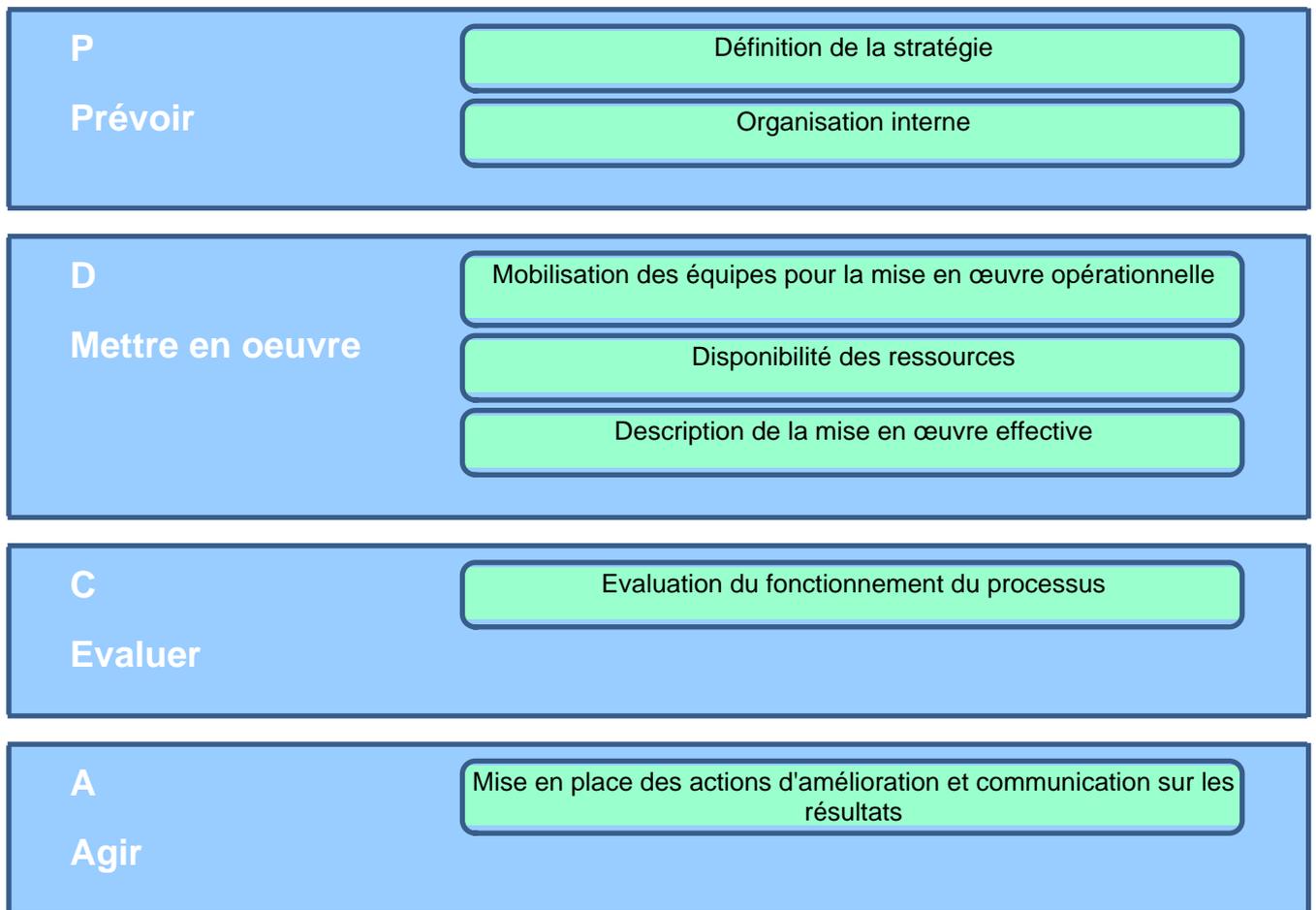
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHSM est inscrit dans une démarche de mise en œuvre du projet d'établissement 2017-2021. Ce projet décline dans son axe 6.2 « les outils de travail et de performance », le positionnement du dossier patient dans le cadre de la dynamique institutionnelle, il définit des objectifs et précise des actions qui doivent conduire à une informatisation complète du dossier patient en 2019.

La Politique du Dossier Patient unique sur l'établissement date de novembre 2017. Elle a été validée par les instances. Il existe un (dossier patient unique) DPU papier utilisé par toutes les unités de soins. Au moment de la visite, seules la prescription du médicament, sa préparation, sa dispensation, sa distribution et son informatisation sont informatisées. Cette politique est prise en compte et déclinée dans la PAQSS institutionnel.

L'identification des risques sur l'ensemble du processus Dossier Patient est organisée et priorisée. Ainsi, il existe une cartographie des risques pour l'ensemble du Processus Dossier Patient, pour l'ensemble des services de l'établissement et pour les pratiques individuelles des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Les deux pilotes du processus ont été désignés par une lettre de mission : un cadre de santé et un médecin. Une fiche de poste a été validée en 2017. Par ailleurs, il existe "un groupe pluridisciplinaire dossier patient" qui assure le pilotage opérationnel du projet et qui se réunit très régulièrement depuis 2017. Un comité de pilotage stratégique installé en 2017 se réunit tous les deux mois pour conforter les choix engagés et réaliser les arbitrages. Les besoins en supports papiers et en archivage sont identifiés.

Le circuit du dossier patient et de la composante informatisée pour le médicament est structuré de la constitution du dossier jusqu'à son archivage.

L'archivage central des dossiers papier est organisé sur 2 salles et permet une mise à disposition rapide et coordonnée des demandes de dossiers par l'intermédiaire d'une procédure et de modalités connues de tous. La responsable des archives a développé une organisation dans une vision "Qualité et gestion des Risques" sur l'archivage centrale.

Les deux zones d'archives de dossier patient sont sécurisées et les modalités d'emprunt sont formalisées. La traçabilité de l'emprunt est réalisée. Il existe un guide d'utilisation du dossier de soins ainsi qu'une procédure de tenue du dossier du patient qui date de février 2018. Il définit les règles de tenue de la composante médicale et paramédicale du Dossier Patient. L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile. La notion de temps utile est définie par l'établissement. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est structurée et partagée. Il existe un protocole de transmission des dossiers médicaux aux patients. La communication d'éléments du dossier patient aux patients ainsi qu'aux professionnels est organisée et sécurisée. La démarche est déclinée dans le livret d'accueil du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. Les réunions de services permettent de donner de l'information descendante des pilotes opérationnels du processus Dossier Patient en direction des professionnels au sein des unités de soins. Ces temps permettent de préciser les actions mises en place dans le cadre des démarches d'amélioration du processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe des procédures pour les différents supports documentaires (papier et informatique). Un guide d'utilisation du dossier patient est diffusé et connu des professionnels.

Il existe également des terminaux informatiques dans tous les secteurs. Il existe par ailleurs des supports spécifiques pour le dossier médical papier et pour le dossier de soins papier. Lors de la rencontre des pilotes de ce processus, il a été confirmé aux Experts Visiteurs que le nombre de terminaux informatiques était actuellement suffisant pour décliner un déploiement partiel du dossier patient informatisé (composante prescription du médicament uniquement) sur l'établissement. Les professionnels peuvent consulter le guide d'utilisation du dossier patient et de sa composante

informatisée pour le médicament dans la base documentaire.
Les nouveaux arrivants sont formés à la gestion du dossier patient. L'informatisation complète va intégrer des temps de paramétrage et de formation. Un COPIL est déjà en place pour ce projet d'informatisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un compte rendu d'hospitalisation est réalisé, intégré dans le dossier patient et une copie papier de ce document accompagne le patient lors d'un transfert ou d'un changement de service.

Lors d'un changement de service, le dossier créé dans le service d'amont suit le patient dans le service d'aval. Lors de l'admission dans le nouveau service, une nouvelle composante du dossier patient papier est créée.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Les éléments constitutifs de la prise en charge sont en grande partie disponibles. En effet, la réflexion bénéfice/risque n'est pas toujours tracée dans l'élaboration du projet de soins personnalisé. Les professionnels rencontrés indiquent que cette information est donnée oralement par le médecin lors de la consultation et que le compte rendu trace qu'elle a été réalisée. Les patients traceurs réalisés confirment cette pratique. La communication orale des informations permettant la continuité des soins entre l'ensemble des professionnels impliqués est organisée indépendamment du dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré en général dans les délais définis par la réglementation. Pour autant, des délais d'envoi des dossiers de moins de cinq ans ne sont pas toujours respectés. Trois dossiers sur 11 demandés en 2017 ont été adressés aux patients au delà du délai réglementaire de 8 jours. Les causes de ces retard d'envoi, dans le tableau de bord présenté, ne sont pas toujours identifiées. Ce risque est identifié dans le PAQSS mis à jour et l'établissement s'est saisi de ce problème.

La communication du dossier lors des transmissions entre professionnels ne respecte pas les règles de bonnes pratiques. L'utilisation d'un aide-mémoire non régulé pour assurer la prise de notes et l'information transmise au moment des transmissions orales inter-équipes vient se superposer à la complétude effective du dossier patient par les professionnels, avec un risque potentiel de divergence entre les deux supports. Lors de la visite, il a été retrouvé dans plusieurs unités de soins des fiches de "transmissions" ou "aides-mémoire" qui ont pour objet d'obtenir une vision transversale des patients hospitalisés et de transcrire des informations concernant les patients. Ainsi, ces documents structurés sur des tableaux de traitement de texte, sont complétés par les professionnels et identifient le nom du patient (3 premières lettres), le numéro de la chambre, les modalités d'hospitalisation, le diagnostic, les antécédents et différentes activités de soins ou d'organisations et quelques retranscriptions médicamenteuses. Ceux-ci se substituent au dossier patient papier pour permettre aux professionnels d'assurer les transmissions orales. Leur structuration et leur destruction ne sont pas régulées. Le PAQSS n'intègre pas la problématique des aides-mémoires. Lors de la visite et de l'entretien avec le comité de pilotage opérationnel, les experts-visiteurs ont constaté que ce risque n'était pas identifié.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre.

Des audits de dossiers sont réalisés lors des synthèses hebdomadaires en médecine et en SSR permettant de suivre les indicateurs identifiés par l'établissement. Les indicateurs de suivis sont en partie des indicateurs nationaux obligatoires et sont réalisés sur tous les secteurs d'activités.

Des audits dossiers pour les patients en fin de vie ont été réalisés au cours du 1er trimestre 2018 et présentaient plusieurs indicateurs tel que le contact soins palliatifs, compte-rendu de réunions de synthèse, traçabilité de la décision pluridisciplinaire, annonce du diagnostic et directives anticipées.

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 et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les COPIL opérationnels et stratégiques ont pris en compte les éléments à atteindre et les indicateurs à faire progresser.

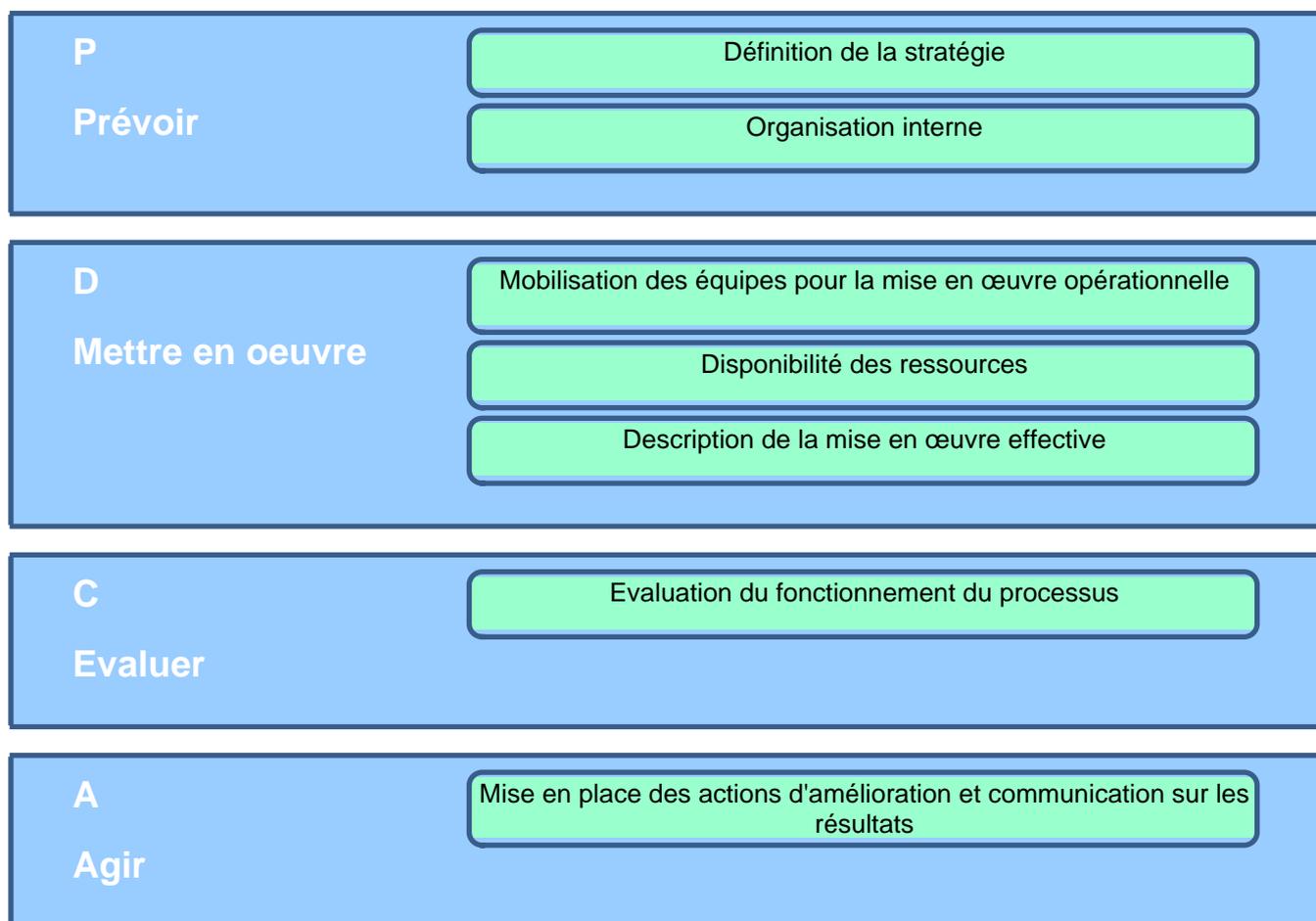
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une Politique qualité du circuit du médicament très récente précisant plusieurs objectifs est intégrée dans le manuel d'assurance qualité de la pharmacie, révisé en avril 2018 et validée institutionnellement. L'établissement a révisé sa cartographie des risques concernant la prise en charge médicamenteuse au centre hospitalier Sainte Marie en 2017 pour l'ensemble des services de soins. Les professionnels de santé ont été impliqués. Les risques ont été hiérarchisés.

Un Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est formalisé avec l'identification de pilotes et d'échéances. Ce programme prend en compte les données issues de la cartographie des risques, les résultats d'audits, les comptes-rendus d'inspections, le Contrat de Bon Usage des médicaments, les Fiches d'Événements Indésirables et les indicateurs IQSS. Il est inclus dans le PAQSS de l'établissement et intègre les actions prioritaires du Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien, également nommé responsable du système de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse (RSMQ). Cette mission est définie dans le manuel d'assurance qualité de la pharmacie pour laquelle la réalisation effective est assurée en binôme avec une IDE. Ce pilotage a été formalisé avec une lettre de mission, émanant de la Directrice et du Président de la CME, en septembre 2017.

Un COMEDIMS « virtuel » fonctionnant sur la base d'échanges par messagerie, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) Médicament sont définis et opérationnels.

L'établissement s'assure de la disponibilité de ressources humaines adaptées, en terme d'effectifs (1 pharmacien temps plein, 2 préparateurs, 1 magasinier et 1 temps cadre partagé) et de compétences. En dehors des heures d'ouverture de la PUI (8h15-17h15) du lundi au vendredi, une astreinte pharmaceutique est organisée et mobilise les préparateurs en première intention puis le pharmacien.

L'organisation en matière de management de la Qualité de la PUI du CHSM est décrite dans le manuel d'assurance qualité révisé en 2018. Les règles de délégations dans la prise en charge médicamenteuse sont validées. Une liste des médicaments est validée institutionnellement depuis 2014, ainsi que la liste d'antibiotiques de seconde intention. Les règles de prescription et d'administration respectent les bonnes pratiques.

L'organisation de la conciliation thérapeutique est formalisée. Les services de soins sont informatisés pour la prise en charge médicamenteuse hormis le service des urgences pour les patients non hospitalisés.

L'analyse pharmaceutique est organisée pour l'ensemble des lits du centre hospitalier quotidiennement. L'analyse réalisée est de niveau 1 (100%) ou 2 (20 à 80%) selon l'organisation établie. Un logiciel de stock est disponible à la PUI sans interfaçage avec le logiciel du circuit du médicament. Une dotation est en place pour tous les services.

Les services de SSR et de médecine disposent d'une dispensation nominative mais non journalière. Cette préparation est réalisée par un préparateur en pharmacie les lundis et les jeudis. Une préparation est également réalisée en fonction des entrées. Le suivi des périmés est réalisé par les préparateurs et par les IDE. La conciliation médicamenteuse est organisée pour l'ensemble des lits du service de Médecine et de SSR (conciliation d'entrée en grande partie et de sortie en partie).

La formation des professionnels au logiciel est organisée.

Une gestion documentaire papier est disponible pour tous les professionnels. Une procédure dégradée est en place en cas de panne de logiciel. Concernant les patients à risque, une procédure formalise la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés. La gestion des Dispositifs Médicaux est organisée.

Un document de bon usage du médicament, « mes médicaments à l'hôpital », à destination des patients est formalisé et rappelle différents principes tel que « que dois-je faire de mes médicaments au cours de mon séjour à l'Hôpital ? ».

La PUI est située dans des locaux qui vont être réaménagés en particulier pour intégrer de nouveaux rayonnages quelques semaines après la visite de certification HAS. Ils incluent une pièce de rétrocession, un coffre pour les stupéfiants et des locaux séparés où sont stockés les dispositifs médicaux, les inflammables, les solutés et les gaz médicaux. Les ressources matérielles ont été identifiées avec l'usage d'armoires mobiles sécurisées et de chariots à médicaments. La traçabilité de la livraison des produits pharmaceutiques est organisée par le magasinier.

La maintenance préventive et curative est organisée au sein de la PUI.

La gestion des interfaces est organisée avec les différents secteurs (élimination des déchets, bon usage antibiotique avec le référent Antibiotique, accès aux résultats du laboratoire, services techniques...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins de l'établissement, les pharmaciens organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de la prise en charge médicamenteuse en lien avec les cadres de santé et les IDE référentes. Le RSMQ intervient en CSRIMT. L'encadrement assure la sensibilisation des équipes sur les risques de leur secteur d'activité (réunions d'équipe, affichage...). Le RSMQ suit le programme d'actions Médicament en lien avec le RAQ. Des CREX, sont constitués pour traiter les erreurs médicamenteuses et les actions en cours sur le circuit du médicament.

Des patients traceurs sont organisés avec la participation des professionnels. La prise en charge médicamenteuse est abordée lors de la semaine sécurité patient et lors des synthèses hebdomadaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au sein de la pharmacie, une répartition des missions et des tâches a été définie entre les membres de l'équipe. Des formations au logiciel médicament sont organisées par le pharmacien pour les nouveaux médecins, internes et IDE. Une formation à destination des nouveaux arrivants est organisée au fil des arrivées, avec intervention du pharmacien sur la prise en charge médicamenteuse au centre hospitalier. 4 IDE ont participé en 2017 à une formation sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et 8 ont été formés au risque d'erreur médicamenteuse. Des étudiants en soins infirmiers ont également été formés en 2017.

Des outils d'aide à la prescription et administration sont disponibles, des documents validés comme le guide d'antibiothérapie et les modalités de préparation de médicaments injectables paramétrées dans le logiciel. En cas de panne informatique, les procédures dégradées sont connues des professionnels.

Les locaux de la PUI sont conformes et sécurisés, différentes zones sont identifiées. Les réfrigérateurs ont un report d'alarme en lien avec les services techniques. Pour les comprimés non unitaires, un logiciel est disponible à la PUI pour les identifier de façon conforme.

Les services disposent de réfrigérateurs dédiés, des armoires mobiles sécurisées. Les stupéfiants sont dans des tiroirs sécurisés. Les chariots d'urgence sont scellés. Les chariots servant pour l'administration des médicaments sont constitués d'un pilulier par patient, identifié, avec séparateurs pour le traitement de la journée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est mise en œuvre depuis l'admission jusqu'à la sortie. Dès les urgences, le traitement est prescrit via un tryptique papier. L'informatisation du circuit complet du médicament est effective dans l'ensemble des services d'hospitalisation. La traçabilité des avis pharmaceutiques est tracée et permet au prescripteur de répondre par l'intermédiaire du logiciel. En cas de nécessité, le pharmacien contacte directement le médecin par téléphone.

Pour les antibiotiques identifiés de seconde intention, les médecins doivent remplir un formulaire spécifique.

Un planning de renouvellement des dotations est défini (livraison 1 à 2 fois par semaine selon les services). L'ensemble des services dispose de dotations en armoire(s) ; les médicaments sont rangés en fonction de leur voie d'administration, séparés, avec étiquetage réglementaire. La traçabilité de la livraison des médicaments est effective avec respect de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles.

Les personnels connaissent les modalités organisationnelles pour un accès à un médicament en cas d'urgence. En cas de besoin d'un médicament, les IDE utilisent la procédure adéquate.

Les médicaments ne pouvant pas être écrasés sont identifiés. Le suivi des alertes sanitaires est effectif. La gestion des gaz médicaux est organisée. La gestion du traitement personnel du patient est effective. Les péremptions sont suivies par les préparateurs et par les IDE. Le COMEDIMS « virtuel » est opérationnel et la traçabilité des échanges par messagerie a été constatée.

L'interne travaille avec les médecins pour la traçabilité de la conciliation pharmaceutique à l'entrée pour le service de Médecine. Une plaquette explicative de cette pratique est distribuée.

La gestion des stupéfiants est organisée avec gestion de la clé du coffre et respect de la procédure. Le traitement personnel est récupéré à l'entrée du patient par l'IDE.

Les IDE assurent l'administration à l'aide du chariot des médicaments et de la prescription informatisée, tracée en temps réel. En cas de non administration, l'IDE le trace dans le logiciel avec la raison. Les IDE donnent si besoin des informations sur le traitement médicamenteux des patients. Une des actions du PAQSS est de travailler sur les interruptions de tâches. Cette action est mise en œuvre pour les IDE et les préparateurs avec un gilet jaune.

En service de médecine et SSR, les préparations de médicaments injectables sont conformes aux bonnes pratiques malgré un plan de travail réduit.

La liste des médicaments à risque est connue avec un affichage spécifique dans tous les services. Les médicaments à risque sont identifiés avec un logo spécifique. Les professionnels savent comment déclarer une erreur médicamenteuse : déclaration spécifique sur une fiche papier. Après impression de la fiche, le pharmacien reçoit l'ensemble des fiches d'évènement indésirable liées au circuit du médicament.

Les pilotes ont constaté la nécessité de continuer à promouvoir la culture du signalement des événements indésirables médicamenteux (19 fiches d'événement indésirable en 2017 pour les erreurs médicamenteuses et 6 jusqu'en mai 2018).

Les modalités de stockage des médicaments par voie orale ne respectent pas les règles de bonnes pratiques. À la PUI, le rangement de la majorité des médicaments par voie orale ne sont pas séparés et étiquetés amenant un risque pour la cueillette et la délivrance.

En effet, les boîtes de médicaments ne sont pas séparées par spécialités et les espaces de rangement ne sont pas étiquetés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus en lien avec le RAQ assurent le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions, notamment à l'aide d'indicateurs : indicateurs IQSS sur les règles de prescription médicamenteuse dans la tenue du dossier patient, indicateurs du CBUM, le nombre de fiches d'événement indésirable du circuit du médicament. Des évaluations sont organisées telles qu'un audit dans le cadre de l'EPP conciliation médicamenteuse début 2018 pour 20 dossiers. Des CREX erreurs médicamenteuses se réunissent régulièrement (2 en 2017). Un bilan des fiches d'événement indésirable médicamenteuses est réalisé. Un rapport d'activité 2017 de la pharmacie est réalisé avec le suivi et l'analyse des dépenses médicamenteuses, le suivi d'indicateurs d'activité de la PUI et un bilan des actions réalisées autour de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ce rapport est présenté en CME (mars 2018 pour celui de 2017).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux fiches d'événement indésirable, CREX et patients traceurs. Lors des CME et si besoin en CSMIRT ou réunions, le pharmacien communique sur les résultats d'audits et l'état d'avancement du programme d'actions relatif au management de la prise en charge médicamenteuse. Les usagers quant à eux sont informés lors des réunions de la CDU et celles du Conseil de Surveillance.

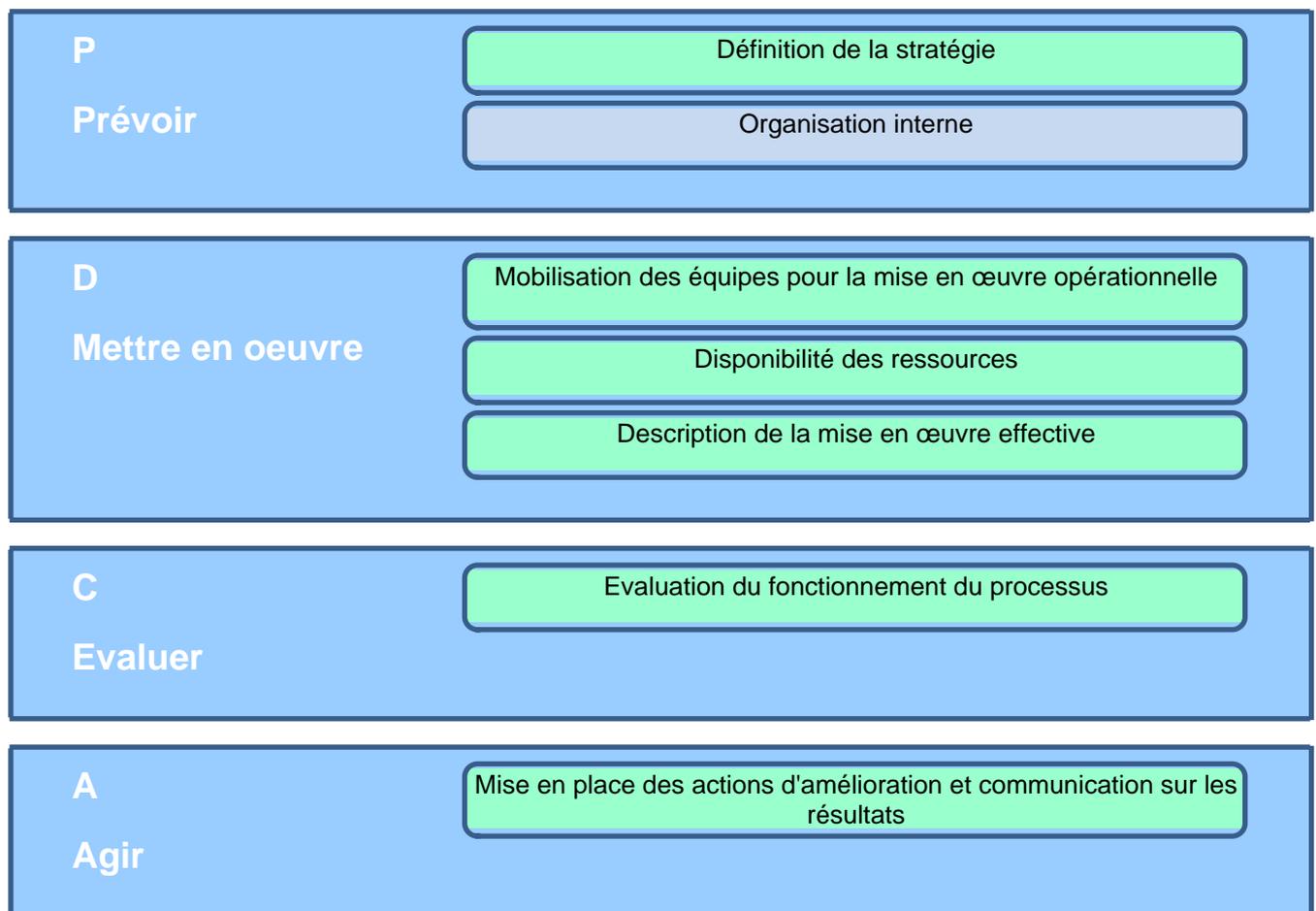
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique « Prise en charge des urgences et des soins non programmés » a été formalisée en novembre 2017 et sa durée de validité est de 5 ans, avec évaluation prévue annuellement.

Les axes stratégiques sont en réflexion au niveau du territoire, en lien avec le CHU de Pointe à Pitre. Les objectifs du service sont définis dans le projet de pôle. Il existe un règlement intérieur formalisé et « une charte d'accueil du service des urgences » a également été formalisée et diffusée auprès des professionnels et des usagers par différents outils (Intranet, Journal Infos Qualité avec bulletins de salaire, panneaux d'affichage, livret d'accueil, plaquettes d'informations).

L'analyse des risques a été initiée par le médecin responsable du service, président de la CME par ailleurs, en lien avec le COPIL dont il est membre et les professionnels de terrain, sur la base des processus "circuits patient au SAU et en UHCD". Un groupe de travail pluridisciplinaire, intégrant Sage-Femme, IDE et médecin urgentiste en termes de pilotage, plus trois IDE et deux aide-soignants en qualité de membres, a été mis en place afin de formaliser les principaux risques à partir d'une cartographie.

Cette stratégie prend en compte également les résultats des indicateurs, le suivi des plaintes et réclamations (très peu nombreuses), le suivi des fiches d'événement indésirable, les différentes évaluations réalisées dans le service, le dernier rapport de visite de certification V2010.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. Ils font l'objet d'actions dans le PAQSS de l'établissement. Les principaux risques ont été extraits du PAQSS pour constituer les risques prioritaires du compte qualité.

Le plan blanc et le plan ORSEC sont formalisés et actualisés, les personnels des urgences ont participé à leur élaboration.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été définie pour piloter le processus, sous la responsabilité du médecin chef de service et du COPIL de ce processus. Leurs rôles et missions ont été définis dans une fiche de mission.

Afin de mener à bien les actions d'amélioration, des groupes ont été constitués, composés de médecins et professionnels de terrain (sages-femmes, IDE, aide-soignant, Assistante sociale, psychologue, ...).

Les rôles et missions des professionnels du service des urgences sont définis dans des fiches de postes. Une fiche technique a été élaborée pour définir le rôle de l'assistante sociale (classeur spécifique du service social) en médecine d'urgence et la psychologue y intervient régulièrement sur demande.

Les organisations mises en place permettent la prise en charge des patients en fonction de leur degré d'urgences.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du service (IOA/SAU/UHCD) sont identifiées en lien avec les recommandations des sociétés savantes. Les ETP médicaux sont en nombre. Ils sont titulaires du diplôme de médecine d'urgence et certains possèdent des DU dans différentes disciplines, comme par exemple l'acupuncture. Les compétences nécessaires à l'activité des urgences sont présentes dans tous les secteurs d'activités des urgences. Un plan de formation prévoit des formations pour l'accueil aux urgences et autres formations à destination de ce secteur d'activités (travail en équipe, hypnose, utilisation du chariot d'urgence, stage d'immersion « service urgences maternité »...).

L'effectif paramédical est en nombre et adapté à l'activité. Les professionnels ont accès aux procédures et autres documents via un logiciel de gestion documentaire, et il existe plusieurs classeurs dans les services.

L'organisation et le fonctionnement du service sont définis dans le document de Politique précisé par ailleurs et dans le Règlement Intérieur élaboré en 2017. Les IDE sont formés à l'accueil et à l'orientation : deux ont été formées, trois doivent être formées pour l'année à venir.

L'ensemble des IDE intervenants est également formé par compagnonnage. Le circuit du patient aux urgences est réalisé et opérationnel : quatre niveaux d'urgences ont été définis, par codes couleurs : urgences vitales, urgences majeures (soins en moins de 20 mn nécessaires), urgences non vitales (examens et/ou investigations complémentaires nécessaires), urgences sans risque particulier avec prise en charge pouvant être différée. Cette organisation intègre les orientations stratégiques de l'établissement.

Le COPIL des urgences a permis l'élaboration et/ou la réactualisation de plusieurs procédures de prise en charge : accueil des patient 24H/24 au SAU, avec logigramme y compris pour les transferts ; évaluation initiale du patient ; degré d'urgence par codes couleurs ; traumatisés crâniens ; prise en charge en secteur d'hospitalisation après 18h30 ; accès aux avis spécialisés ; déclenchement du vecteur VLM –véhicule léger motorisé- par le centre de régulation du SAMU ; sortie des patients ; suspicion de maltraitance d'un mineur ; documents et fiches de liaison ; accouchement inopiné (il n'y a plus de maternité sur l'île) ; prise en charge d'une victime d'agression sexuelle ; AVC ; adultes et adolescents à risque suicidaire ; prise en charge d'un patient agité et violent ; sevrage éthylique aux urgences ; etc, et plusieurs autres documents (engagements du service, charte d'accueil, procédure de signalement,

collaboration entre services, hospitalisations sous contraintes, protocole de réquisition aux urgences, etc.). Les circuits patients sont définis au SAU comme en UHCD, comprenant la définition des parcours des populations vulnérables (filière personnes âgées, mineurs de moins de 15 ans et trois mois, mineurs de plus de 15 ans et trois mois, population démunie...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement du secteur et le chef de service sont en charge de la déclinaison de la démarche qualité sur le terrain. Les professionnels ont été associés et informés des risques prioritaires et des plans d'action via les réunions régulières, les staffs tous les 15 jours et par voie d'affichage. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques dans les différents secteurs.

Les professionnels connaissent le système de déclaration des événements indésirables et y participent. De nombreuses évaluations sont organisées au niveau des urgences avec une volonté d'y inclure les usagers. Des CREX sont organisés à chaque événement indésirable concernant la continuité de soins ; des EPP sont également réalisées.

Des documents sont disponibles pour les usagers (personnes de confiance, directives anticipées, pathologies spécifiques, ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur des urgences du CHSM accueille des urgences adultes polyvalentes et des enfants. Il possède 2 lits d'UHCD, mais quatre lits sont autorisés et seront prochainement installés. Il existe une zone d'accueil, un boxe de déchoquage adulte, un pour la pédiatrie, 2 boxes de soins, une chambre sécurisée, dite « chambre de dégrisement », une antenne SMUR. La réflexion stratégique du service prend en compte les besoins de la population recensée, et des variations saisonnières en fonction de la fréquentation touristique. Le laboratoire et l'imagerie médicale sont tout à côté de ce service d'urgences et prochainement (juillet 2018) un scanner sera opérationnel sur le site.

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité du service des urgences. Un IDE est présent 24h/24, 7j/7. L'effectif médical permet d'assurer une présence médicale 24h/24. Tous les IAO (infirmier d'accueil et d'orientation) assurant cette fonction sont formés ou en cours de formation. Les professionnels de soins bénéficient d'une période de doublure et d'un tutorat lors de leur arrivée dans le service qui peut aller jusqu'à deux mois si cela est nécessaire. Les nouveaux internes sont très largement accompagnés par les médecins séniors du CHSM. Les deux internes rencontrés en cours de visite sont satisfaits d'être en formation dans cet établissement, en raison de la pluralité des situations à gérer et des conditions de prises en charge.

L'ensemble des postes infirmiers, prévu par l'établissement, est pourvu sur les trois secteurs du service d'urgence (IAO, accueil des urgences et UHCD). Il y a en permanence au moins 1 IDE, 1 médecin urgentiste et 1 aide-soignant. Des astreintes sont organisées si sortie du VLM pour une urgence. Les agents de sécurité, présents 24h/24 (SIAP) sont régulièrement appelés en cas de besoin, y compris de brancardage.

Pour les nouveaux arrivants, un système de tutorat est mis en place et le poste d'IAO n'est accessible qu'aux IDE formés et expérimentés.

Des formations sont organisées au niveau institutionnel pour les professionnels comme les formations « IAO » (trois prévues sur le plan de formation 2017-2018).

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé au niveau médical et paramédical. Le CHSM est terrain de stage pour les étudiants en soins infirmiers.

En ce qui concerne les personnels paramédicaux, ils disposent d'un livret d'accueil commun pour les nouveaux arrivants (hygiène) et les étudiants.

Des fonctions aides-soignantes sont présentes.

Les ressources en matériel sont définies et les boxes, salles d'examen ou chambres des UHCD sont équipées en fonction de leurs spécificités en nombre et qualité. Malgré la vétusté actuelle, les locaux sont bien entretenus et des travaux prévus très prochainement.

La gestion documentaire électronique est en place mais n'est pas totalement opérationnelle au moment de la visite des experts-visiteurs.

La gestion documentaire électronique comprend les documents nécessaires à leur activité. Il existe également pour l'instant plusieurs classeurs où se trouvent des versions papier des documents en cas de panne informatique, mais aussi beaucoup de documents qui n'ont pas encore été intégrés sur la GED. Ces classeurs sont connus des professionnels.

La confidentialité et la dignité sont respectées quel que soit le secteur où le patient se trouve, mais une réflexion est en cours pour la chambre dite « de dégrisement » ; il existe des paravents si besoin.

Les ressources en matériels et équipements sont identifiées. Les différentes salles de soins sont équipées de scopes et du matériel nécessaire pour la prise en charge des urgences.

Les locaux sont identifiés et correspondent aux besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits de la prise en charge sont définis en fonction de l'urgence et certaines filières sont déclinées sous forme de protocoles : filière gériatrique, filière AVC, obstétrique...

Le degré d'urgence est évalué par une grille de tri avec 4 niveaux de codes couleurs (rouge, orange, jaune, vert). Les IDE ont travaillé en lien avec les médecins pour l'élaboration de ces grilles.

Les patients nécessitant des prises en charge longues sont intégrés à l'UCHD s'ils nécessitent des examens complémentaires, ou passent rapidement en service de médecine, de manière à fluidifier les parcours.

La connaissance en lits disponibles permet d'appréhender l'aval.

Les bonnes pratiques en identitovigilance sont appliquées tout au long de la prise en soin des patients.

La sécurité de bien et des personnes est assurée. Un inventaire est réalisé à l'entrée à chaque fois que cela est nécessaire : patients inconscient, personnes âgées, troubles cognitifs, enfants, patients hospitalisés en UHCD et en médecine, ou à la demande des patients qui le souhaitent (patients ayant de l'argent en espèces sur eux car peu de distributeurs sur l'île de Marie Galante).

Le dossier patient est en partie informatisé (prescription médicamenteuse), le reste du dossier est sous format papier. Les lettres de sortie sont délivrées au patient si retour à domicile, ou mutation. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dès l'entrée aux urgences.

Le traitement personnel des patients est recueilli (les copies sont retrouvées dans les dossiers) dès l'entrée et son suivi assuré tout au long de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service des urgences surveille de manière mensuelle ses indicateurs d'activités : 20 à 30 passages /jours, gravité, durée de prise en charge, âges, orientations, délais de prise en charge. Ces données sont analysées par l'équipe pluri professionnelle et par le COPIL Qualité.

Des CREX sont régulièrement organisés à chaque événement indésirable concernant la continuité de soins ; des EPP sous forme de patients traceurs ont été réalisées.

Des audits ont été réalisés sur la prise en charge de la douleur aux urgences (2017), le temps d'attente aux urgences, hygiène des mains, satisfaction des usagers aux urgences (questionnaire spécifique).

La gestion des plaintes et réclamations est assurée avec la cellule qualité et la CDU, avec proposition si besoin d'une conciliation.

Les fiches d'événement indésirable sont traitées en globalité une fois par mois par le groupe CREX. Le retour de ces analyses à l'équipe est assuré par l'encadrement.

Les évaluations donnent lieu à des actions correctives. Le travail en transversalité avec l'ensemble des professionnels est privilégié.

A / AGIR

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

Grâce aux évaluations réalisées, de nombreuses actions ont été mises en œuvre. Une réflexion et une analyse sur les flux ont été réalisées.

Les actions d'amélioration sont suivies conjointement par le chef de service, l'encadrement et le gestionnaire des risques.

Des actions de communications sont assurées sur les actions mises en œuvre via des réunions de service, staffs ou par affichage auprès des professionnels.

De nombreuses communications à destination des usagers et des professionnels du secteur libéral sont organisées ; les médecins et professionnels libéraux se retrouvent par exemple environ une fois par mois, sur des thématiques particulières, une des dernières portant sur le thème du Chykungunya.

Des journées portes ouvertes, accessibles aux professionnels et usagers, sont organisées une fois par an à l'occasion de la semaine sécurité du patient, avec divers ateliers.

Plusieurs projets sont en cours de réflexion, comme par exemple l'exploitation des anciennes salles de bloc opératoire et de SSPI pour réaliser des exercices de simulation pour les professionnels de la région.