

# Santélyys BFC

# Présentation de Santélyls BFC

- > Santélyls BFC est une association du groupe Santélyls
- > Santélyls Association
  - Sa vocation, ses objectifs : la santé, l'amélioration de la qualité de vie, le maintien à domicile, le maintien social du patient et la formation professionnelle
- > Les valeurs de Santélyls
  - Non lucratif
  - Prise en charge globale
  - Anticipation et participation à l'évolution du système de santé, innovation
  - Sécurité, qualité
  - Compétence, professionnalisme du personnel
  - Vision humaniste de la santé
  - Mutualisation de moyens



# Activité Dialyse – Santély BFC – 2022

---

- > Prise en charge des patients insuffisants rénaux avant insuffisance rénale terminale :
  - Stade 4 et 5 dans le cadre des forfaits MRC
  - Consultations de néphrologie de proximité (centre de santé)
  
- > Prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques par la pratique de l'épuration extra-rénale sous les modalités de :
  - L'hémodialyse en centre à Dijon
  - L'hémodialyse en dialyse médicalisée
  - L'hémodialyse en unité d'autodialyse
  - La dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale
  
- > Expérimentation de télésuivi des patients greffés (projet ETAPES)
  
- > Coopération avec les établissements hospitaliers de la région

# Activité Dialyse – Santély's BFC – 2022



- > 2 Régions
- > 11 conventions de coopération
- > 1 centre d'hémodialyse
- > 17 sites (UDM et auto-dialyse)
- > 3 centres de santé
- > Domicile

# Orientations stratégiques 2022-2026



# Présentation de la démarche qualité sécurité des soins

---

La démarche qualité et de sécurité des soins est déclinée de la manière suivante :

- > Favoriser les actions contribuant à l'amélioration du respect des droits et des attentes des patients de Santélyls BFC
- > Manager la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques
- > Poursuivre la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
- > Conforter la démarche de gestion des risques et le dispositif de gestion de crise
- > Promouvoir les actions favorisant le développement de la culture qualité et sécurité
- > Mettre en œuvre la procédure de certification HAS
- > Approfondir l'évaluation de l'efficacité du système qualité et de gestion des risques

# Visite de Certification

> Visite de certification du 21 mars au 25 mars 2023



MESURER  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE  
CERTIFICATION

**ASSOCIATION  
SANTELYS  
BOURGOGNE FRANCHE  
COMTE**  
4 rue de la brot  
Bp 86  
21850 Saint Apollinaire



Validé par la HAS en Septembre 2022



93 % de conformité

## Critère : 3.7-03

### L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

---

#### Objectif HAS :

- > Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont les IQSS nationaux qui s'appliquent à l'établissement et tout autre IQSS issu d'une démarche locale
- > Les résultats des indicateurs permettent d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins pour un objectif déterminé
- > Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins
- > L'analyse partagée et le suivi des résultats permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place

## Critère : 3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

Éléments d'évaluation	
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connues des professionnels des secteurs concernés.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les objectifs d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis.</li> <li>Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.</li> <li>Dans le cas d'un non répondant à un IQSS, les raisons sont identifiées et font l'objet d'actions.</li> <li>Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe).</li> </ul> <p><b>Représentants des usagers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

# « Partage d'expérience autour de la Certification »

La communication	Comment communiquer ?	En m'appuyant sur les cadres, nos référents nutrition, nos référents douleur et nos correspondants en hygiène En utilisant le Porte vues et le Mémento Au travers des différentes réunions : Instances, Qualité et Direction
Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes	Les supports de communication	Audit consommation SHA, suivi indicateur douleur trimestriel, suivi de la dénutrition des patients, suivi du taux de vaccination, audit dossier patient,...
	Les supports utilisés pour la campagne de la mesure de la culture sécurité et les EPP	Zoom sur les engagements d'équipe / benchmarking (comparaison entre unités)
Les indicateurs en lien avec le patient, la gouvernance, les RU	Affichage sur unité Distribution lettre info patients	Affichage des indicateurs qualité sur chaque unité et inséré dans le livret d'accueil Campagne annuelle du recueil de la satisfaction patient Lettre info patients (lettre d'information du patient dialysé)
Les indicateurs en lien avec la gestion des risques		Synthèse du PAQSS Synthèse des actions CREX avec bulletins d'alerte Indicateurs EI

# La communication

> Nos cadres de territoire :



> Nos référents nutrition

**FICHE de MISSION**  
Référént nutrition

**Identification du poste**

- Métier : IDE
- Position dans la structure :
  - Liaisons hiérarchiques : DSI, référent des soins, cadre de santé ou de territoire
  - Liaisons fonctionnelles : Médecins, référents des soins, cadres de santé, IDE, Diététiciens, AS, ASS

**Profil**

- Etre en capacité de se questionner, de s'adapter au contexte, aux changements de protocoles relationnels et pédagogiques ; être motivé à passer des facultés connaissances sur la thématique concernée
- Avoir une attitude bienveillante

**Objectif**

La participation des référents est basée sur le volontariat et l'attaché point à la thématique choisie

- Avoir le soutien du management et s'appuyer sur la définition du rôle du référent nutrition

**Missions**

- Etre un relais, un vecteur de l'information auprès des professionnels et est chargé de mettre en place les actions d'animation identifiées
- Utiliser les supports de Formation Professionnelle / d'information / Compte rendu de la commission CODASE
- Faire remonter les questions aux réunions du CODASE (problématique en équipe, questionnement, les pratiques)
- Favoriser le retour d'information en équipe
- Accompagner les nouveaux professionnels, étudiants IDE 3<sup>ème</sup> année
- Assurer que le patient a été rassuré à son arrivée et qu'une fois par an (en janvier) la veille soit remise à jour dans les données morfo-métriques
- S'assurer que le patient a été rassuré à son arrivée et qu'une fois par an (en janvier) la veille soit remise à jour dans les données morfo-métriques
- Participer à établir avec le patient et selon les recommandations diététiques, le choix de patient à l'équipe soignante
- Participer à la gestion des commandes ou est le relai avec le personnel qui en a la charge
- Relayer la mise en œuvre de la PEC diététique sur site avec le corps médical et le patient

ANN-BFCDA-088 V1

> Nos correspondants en hygiène

**FICHE de MISSION**  
Référént douleur

**Identification du poste**

- Métier : IDE
- Position dans la structure :
  - Liaisons hiérarchiques : DSI, référent des soins, cadre de santé, IDE, AS, ASS
  - Liaisons fonctionnelles : Médecins, référents des soins, cadres de santé, IDE, AS, ASS

**Profil**

- Etre en capacité de se questionner, de s'adapter au contexte, au changement de protocoles relationnels et pédagogiques ; être motivé et mobiliser un intérêt à développer ses connaissances sur la thématique choisie
- Avoir une attitude bienveillante

**Objectif**

La participation des référents est basée sur le volontariat et l'attaché point à la thématique choisie

- Avoir le soutien du management et s'appuyer sur la définition du rôle du référent douleur

**Missions**

- Etre un relais, un vecteur de l'information auprès des professionnels et chargé de mettre en place les actions d'animation identifiées
- Utiliser les supports de Formation Professionnelle / d'information / Compte rendu de la commission CODASE
- Faire remonter les questions aux réunions du CODASE (problématique en équipe, questionnement, pratiques)
- Favoriser le retour d'information (CI, protocoles, indicateurs)
- Accompagner les nouveaux professionnels, étudiants IDE 3<sup>ème</sup> année
- Participer à établir avec le patient et selon les recommandations diététiques, le choix de patient à l'équipe soignante
- Participer à la gestion des commandes ou est le relai avec le personnel qui en a la charge
- Relayer la mise en œuvre de la PEC diététique sur site avec le corps médical et le patient

ANN-BFCDA-055 V1

> Nos référents douleur

**FICHE de MISSION**  
Correspondant en hygiène

**Identification du poste**

- Métier : IDE, AS, ASS, Référent accueil
- Position dans la structure :
  - Liaisons hiérarchiques : DSI, Référent des soins, Cadre de santé
  - Liaisons fonctionnelles : Médecins, Référent des soins, Cadre de santé, IDE, AS, ASS

**Profil**

- Etre en capacité de se questionner, de s'adapter au contexte, au changement de protocoles
- Savoir faire passer les messages auprès des collègues
- Avoir une attitude bienveillante

**Objectif**

Avoir le soutien du management et s'appuyer sur la définition du rôle du correspondant en hygiène

**Missions**

**TRANSMISSION D'INFORMATION :**

- Etre un relais, un vecteur de l'information
- Utiliser les supports de Formation Professionnelle / d'information / Compte rendu de la commission des vigilances / EOH
- Utiliser la messagerie pour communiquer entre correspondants en hygiène
- Faire remonter les questions (problématique en équipe, questionnement, pratiques)
- Favoriser le retour d'information et protocoles / Précautions complémentaires / AES (...)
- Etre un soutien aux équipes, aux intervenants extérieurs, aux patients
- Connaitre les protocoles Précautions Standard, Précautions Complémentaires
- Accompagner les nouveaux professionnels, étudiants IDE 3<sup>ème</sup> année

**EDUCATION / FORMATION :**

- Informé / Former le patient et l'équipe sur l'hygiène du sens large, l'utilisation du SHA, bonnes pratiques

**CULTURE SECURITE :**

- S'investir dans la déclaration d'événements indésirables liés aux Soins - contribuer à la dynamique d'équipe autour de la déclaration

# La communication

> Nos réunions des instances trimestrielles



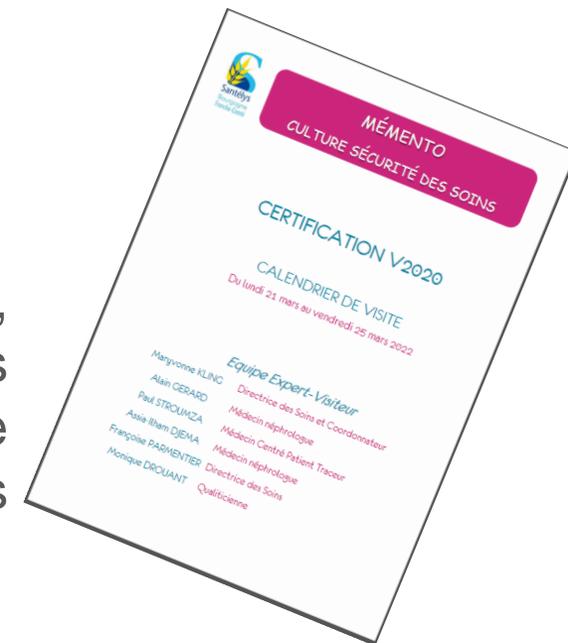
> Nos réunions Qualité et nos réunions Direction annuelles



# La communication

> Professionnels de santé et médecins :  
Mise à disposition de **portes vues** reprenant les flashs infos « critères impératifs » et les résultats des évaluations de leur unité.

> **Mémento** à disposition de tous, reprenant la politique qualité, les instances, les outils qualité, le principe de certification, les points clés et les grilles d'évaluation pour s'entraîner.



## Flash infos sur l'ensemble des critères impératifs :

**FLASH INFOS QUALITÉ**  
FIQ-BFCDDIA-005 V.1 | Date : Janvier 2022

**Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité**

- Du point de vue du patient, les conditions d'accueil de prise en charge ont respecté sa dignité et son intimité (exemples : portes fermées, sanitaires en nombre suffisant, hygiène des locaux, état des chambres, etc)
- Du point de vue du patient, les professionnels respectent sa dignité et son intimité.
- Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.
- Les pratiques garantissent la dignité des patients

**Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur**

- Le patient évite sa douleur dès lors que celui-ci est doué ou est susceptible de l'être et ce jusqu'à disparition complète de la douleur.
- Pour les patients vivants avec un handicap ou en état de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation de la douleur.
- L'antalgique, le soulagement de la douleur et les médicaments sont retrouvés dans le dossier.

**Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires**

- Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont appliqués au patient.
- L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène.
- L'équipe peut assurer l'isolement des patients, si besoin.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés.
- L'équipe consulte et sait comment contacter les membres de la société indienne de prévention des infections associées aux soins et s'applique toujours quelques soit le patient.

**La gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles est maîtrisée**

- Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sont identifiées par l'établissement.
- La cellule de crise, opérationnelle et active, est constituée de membres de l'équipe de crise.
- Les événements relatifs à la mise en œuvre de la continuité d'activité sont gérés de manière proactive.
- Des aménagements permettent de répondre aux besoins des patients et des professionnels en matière de continuité de soins.
- Les professionnels et les services concernés sont impliqués dans la mise en œuvre.

**Le patient est écouté par les équipes de soins afin que soit mis en place un traitement médicamenteux approprié ou toute autre forme d'analgesie non médicamenteuse (hypnose, cyromalgol, poche froide, toucher empathique, ...)**

- Les protocoles sont disponibles dans le logiciel qualité gestion des risques (Yes).
- Des formations sont inscrites ou plan de développement des compétences.
- La douleur ressentie est évaluée avec le patient en utilisant une échelle numérique (et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur (évaluation de séance)).
- La douleur et/ou l'absence de douleur, son intensité, sont notées dans le dossier informatisé MedWare ainsi que la réévaluation si nécessaire.
- Un correspondant douleur est nommé dans chaque unité.
- Il est présent à chaque réunion trimestrielle de CODASE (Comité de Veille sur la Douleur, l'Alimentation, le Sommeil et l'Environnement).
- Un indicateur douleur par unité est suivi trimestriellement, présenté en réunion et transmis aux équipes sous format affiché par l'intermédiaire du correspondant douleur et disponible dans les comptes rendus de CODASE.

**Les précautions standard (incluant le lavage des mains) constituent un socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours quelques soit le patient**

- Dans les cas des précautions complémentaires, le patient est isolé, positionné en box isolé et une prescription médicale est rédigée.
- L'équipe a à sa disposition une **check list** pour la mise en place des précautions complémentaires ainsi qu'une synthèse sous format affiché pour simplifier la mise en œuvre.
- L'adresse mail de l'ECH est non-santelybc-dol@bfc.com
- Un **quick audit** d'hygiène a été réalisé en 2019 et en 2021 par les correspondants en hygiène de chaque unité.
- Une **EPP** relative au risque infectieux lors du branchement/débranchement de la FAV a été menée en 2019.
- Une **EPP** d'analyse de rétroaction sur la fréquence du risque infectieux a été réalisée auprès des correspondants en hygiène en 2021.
- Une **enquête de prévalence des infections associées aux soins** est réalisée tous les ans ou mois de novembre depuis 2012.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

- Les objectifs de qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis.
- Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse partagée des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et concevoir collectivement des actions d'amélioration à mettre en place.



« Les indicateurs Qualité sécurité des soins sont suivis dans l'établissement et sont présentés lors des différentes instances de l'établissement (CME, Commission des vigilances, CODASE et CDU) »

- Des objectifs par indicateur sont définis et réévalués annuellement par les membres des instances au regard des résultats obtenus

« Les indicateurs suivis : vaccination antigrippale, consommation SHA, taux d'infections associées aux soins lors de l'enquête de prévalence annuelle, indicateur SPIADI, indicateur douleur, enquête de satisfaction patient, enquête culture sécurité des soins, etc... »

« Ces indicateurs sont diffusés aux équipes :

- via l'affichage,
- via des réunions annuelles Qualité avec chaque équipe

Lors de ces réunions, une analyse des résultats permet aux participants de définir des engagements d'équipe de manière collégiale, ce qui favorise l'amélioration continue des pratiques »

« les indicateurs Qualité sont à l'affichage »

- à destination des patients
- et un exemplaire de l'unité est annexé au livret d'accueil

« Les actions d'amélioration de la sécurité des soins alimentent le PAQSS (Plan d'Action Qualité Sécurité des Soins) et des réévaluations sont réalisées pour s'assurer de l'efficacité des actions retenues. »



### Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes :

- > Audit consommation SHA
- > Suivi indicateur douleur trimestriel
- > Suivi de la dénutrition des patients
- > Suivi du taux de vaccination
- > Audit dossier patient
- > Suivi des résultats de l'enquête culture sécurité (comparatif des 2 campagnes)
- > Suivi des audits de maîtrise du risque d'infections associés au soin dans les actes de PEC patient (avec Zoom sur les engagements d'équipe et les engagements institutionnelles)

# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

## Suivi de consommation de SHA en Hémodialyse en décembre 2022

Objectif ICSHA.3 : 11 opportunités par patient par séance

### > Audit consommation SHA

En décembre 2022,

Vous avez consommé : 85 flacons de SHA,

Soit 90.27% de votre objectif.

Pour atteindre votre objectif personnalisé,  
vous auriez dû utiliser : 94 flacons

 80 à 100% ← Vous êtes ici !

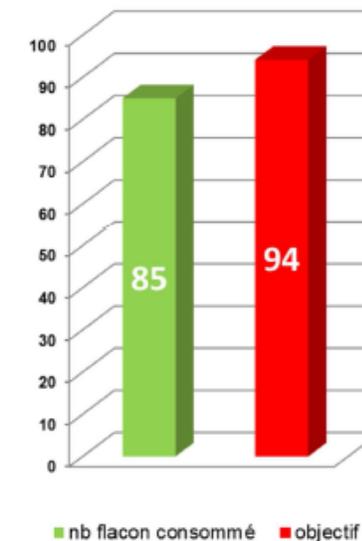
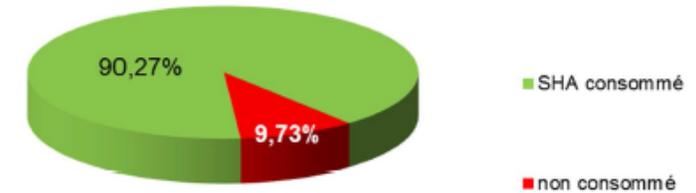
 50 à 80%

 0 à 50%

Nb frictions /séance		9.93
----------------------	---	------

Consommation globale de SHA

sur Décembre 2022 : **Montceau** (en %)



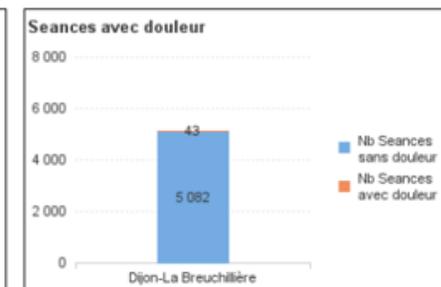
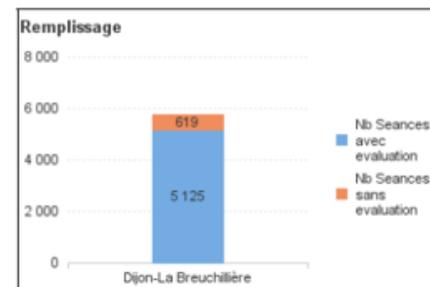
# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

## > Suivi indicateur trimestriel douleur

	Nb total de séances	Nb Séances avec évaluation		Nb Séances sans évaluation	% Remplissage
		Nb Séances sans douleur	Nb Séances avec douleur		
Ambérieu	695	678	4	13	98,13%
Auxerre	10 294	9 532	209	553	94,63%
Belfort	5 364	5 040	41	283	94,72%
Besançon	10 362	9 294	77	991	90,44%
Bourg en Bresse	9 997	9 518	130	349	96,51%
Bourg -Unité d'accueil	874	788	7	79	90,96%
Chalon-Unité d'Accueil	30	29		1	96,67%
Chatillon	405	402	2	1	99,75%
Dijon-Drevon	7 003	6 080	116	807	88,48%
Dijon-La Breuchillière	6 255	5 549	48	658	89,48%
Dole	4 974	4 562	51	361	92,74%
Macon	6 973	6 771	99	103	98,52%
Montbéliard	6 418	5 771	90	557	91,32%
Montceau	10 282	9 524	33	725	92,95%
Pontarlier	3 926	3 431	99	396	89,91%
Saint-Remy	2 096	1 708	12	376	82,06%
Sens	6 234	5 758	137	339	94,56%
Vesoul	5 652	5 396	43	213	96,23%
<b>TOTAL</b>	<b>97 834</b>	<b>89 831</b>	<b>1 198</b>	<b>6 805</b>	

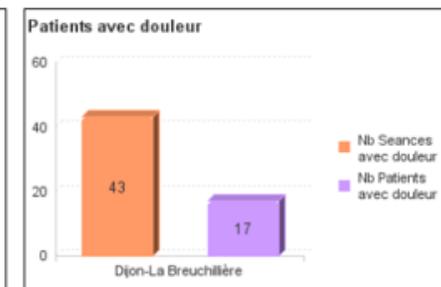
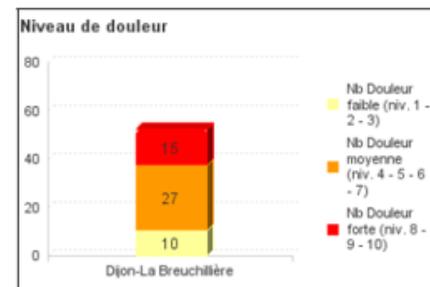
Année 2022

	Nb total de séances	Nb Séances avec évaluation		Nb Séances sans évaluation	% Remplissage
		Nb Séances sans douleur	Nb Séances avec douleur		
Dijon-La Breuchillière	5 744	5 082	43	619	89,22%
<b>TOTAL</b>	<b>5 744</b>	<b>5 082</b>	<b>43</b>	<b>619</b>	<b>89,22%</b>



	Nb Séances avec douleur	Nb Séances avec douleur commentée
Dijon-La Breuchillière	43	42
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>42</b>

	Nb Séances avec douleur	Nb Séances avec 1 évaluation	Nb Séances avec plusieurs évaluations	%
Dijon-La Breuchillière	43	36	7	16,28%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>7</b>	<b>16,28%</b>



# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

## Dépistage et suivi de la dénutrition

> Suivi trimestriel de la dénutrition des patients

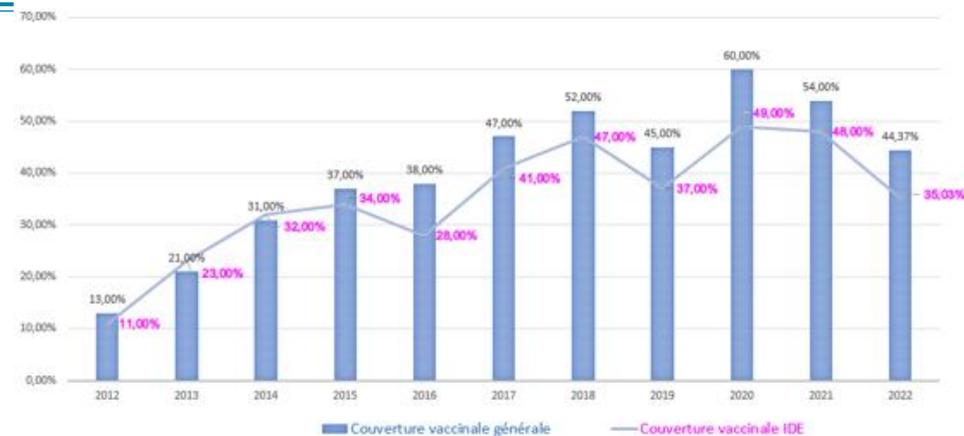
### Dijon-Drevon

IPP	Nom	Prénom	Date Nais	IMC	Variation poids	Albumine	Préalbumine	CRP	nPCR	Nb indicateurs	Nb indic dénut	Date Dernière consult diet	Date Prochain RDV	Jours Dialyse
053850		MICHEL	30/09/1946	0	-100,00%	25,1	0,11	44,3		4	4	08/07/2022		LuMeVe M
056720		RKIA	01/01/1947	22,85	-0,18%	34,2	0,24	8,2	0,66	5	4			MaJeSa M
056546		NADINE	27/07/1958			34,9	0,19	98,9	0,65	3	3	04/11/2022		LuMeVe A
058284		ZAHRA	31/12/1940	21,83	4,05%	36,9	0,22	3,5	0,78	5	3			LuMeVe A
059946		JEANNE	23/02/1938	18,23	-3,43%	31,2	0,11	4,4	0,8	5	3	08/02/2023	01/05/2023	LuMeVe M
006664		PHILIPPE	13/05/1963	48,07	2,58%	39,1	0,25	27,6	0,78	5	2	20/07/2021		LuMaJeSa M
004922		MEBROUKA	21/01/1949	25,97	-4,88%	39,9	0,26	0,9	0,57	5	2			LuMeVe A
046783		HUONG	15/05/1942	19,51	1,26%	40,3	0,22	14,1	1	5	2	05/10/2022		LuMeVe A
011847		LUCIENNE	31/03/1937	32,95	1,71%	34,2	0,26	17,6	0,8	5	2	14/03/2022		LuMeVe M
048698		JOCELYNE	05/08/1955	21,11	4,15%	39,5	0,23	3	1,58	5	2	21/01/2022		LuMeVe M
034684		MICHEL	23/06/1944	31,17	3,62%	30,9	0,23	28,2	1,06	5	2	08/07/2022		LuMeVe M
016507		NICOLE	06/01/1952	20,29	1,64%	36,8	0,28	28,8	1,49	5	2	04/11/2022	01/11/2023	LuVe A
061110		CLAUDETTE	08/03/1940	21,81	-3,33%	34,6	0,34	0,5	1,44	5	2	03/02/2022		MaJeSa M
052090		PATRICK	04/12/1950	21,49	-9,37%	35,9	0,29	31,8	1,74	5	2	29/04/2022		MaJeSa M
049321		JOSIANE	13/10/1947	22,43		41,7	0,19	3,2	1,01	4	2	15/12/2022		MaJeSa M
060404		MICHEL	29/03/1943	24,1	3,46%	41,3	0,24	5,9	0,99	5	1	28/12/2022		LuMeVe A
040240		YOUSSEF	24/11/1955	23,49	1,49%	40,7	0,25	10,6	0,82	5	1	30/06/2022	01/06/2023	LuMeVe A
061394		JEANNE	25/06/1937	29,58	-1,41%	40,2	0,21	14,3	1,03	5	1	08/02/2023	01/09/2023	LuMeVe A
037977		KNARIK	17/11/1954	36,28	0,63%	36,6	0,18		1	5	1			LuMeVe A
060460		MARIA JOSEFA	18/03/1948	39,66	3,42%	42,1	0,26	1,6	1,14	5	1	04/11/2022		LuMeVe A
059451		MICHEL	15/01/1933	28,75	1,59%	38,2	0,25	11,5	1,08	5	1	04/11/2022	01/11/2023	LuMeVe M
037622		SYLVANIE	22/06/1948	24,28	-6,97%	45,9	0,28	0,5	0,92	5	1	15/11/2021		LuMeVe M
035639		GILLES	09/06/1952	19,64	-1,53%			4,2	1,03	3	1	28/12/2022		LuMeVe M
046657		FATIMA	01/01/1950	27,15	-1,98%	38,2	0,24	2,1	0,93	5	1			LuMeVe M
062357		ANDRE	14/08/1955	30,48	3,16%	35,8	0,27	20,4	1,22	5	1	04/11/2022	01/11/2023	LuMeVe M
046984		MICHEL	11/12/1935	29,81	-1,81%	37,9	0,24	5,9	0,84	5	1	07/01/2022		LuMeVe M
056545		DAVID	03/07/1974	26,29	-8,61%	36,3	0,29	1	1,03	5	1	04/11/2022	01/11/2023	LuMeVe M

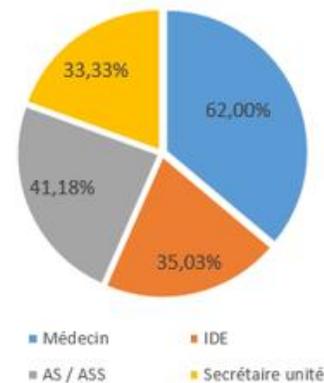
# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

> Suivi du taux de vaccination antigrippale (globale et par unité)

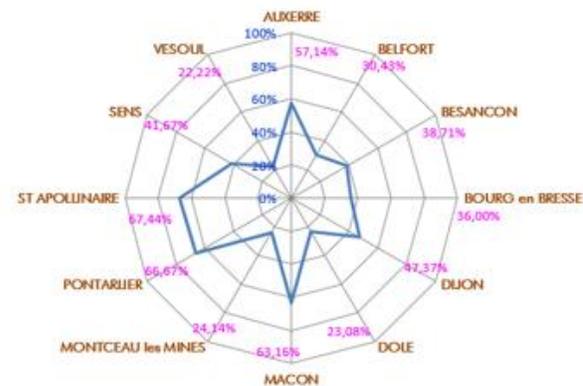
■ Taux de vaccination générale :



■ Taux de vaccination / catégories professionnelles



■ Taux de vaccination / Unité



# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

- > Résultat de l'audit Dossier Patient Informatisé communiqué :
- en instances en global,
  - aux IDE,
  - aux néphrologues

## Allergies

Allergie(s) renseignées ou "aucune allergie"



- ✓ Dans l'onglet « Antécédents codifiés », cocher « Aucune allergie »
- ✓ Ou renseigner l'onglet « Allergies/Intolérances »
- ✓ Le bandeau « Récapitulatif » sera ainsi correctement renseigné

Retour d'expérience AUDIT Dossier Patient Informatisé ALXEBRE

## Comptes-rendus

Compte rendu d'examen présents sur le DPI (année 2021 - 3 derniers)



- ✓ Bonne insertion des compte rendus médicaux dans « Suivi par appareil »

Contrôle Identivigilance (présence d'étiquettes d'identification)



- ✓ Pas d'étiquette NIP sur les documents

Retour d'expérience AUDIT Dossier Patient Informatisé ALXEBRE

## Statut transplantation

Évaluation pour la transplantation depuis sa prise en charge dans la structure



- ✓ Date de la réévaluation à renseigner
- ✓ Utilisation de la « Synthèse clinique » à privilégier
- ✓ « Possibilité transplantation »/« Possibilités thérapeutiques » renseignée dans « Suivi IRC »

Dernière évaluation pour la transplantation datant de moins d'un an



Retour d'expérience AUDIT Dossier Patient Informatisé ALXEBRE

# Les indicateurs en lien avec les équipes soignantes

> Suivi des résultats de l'enquête culture sécurité

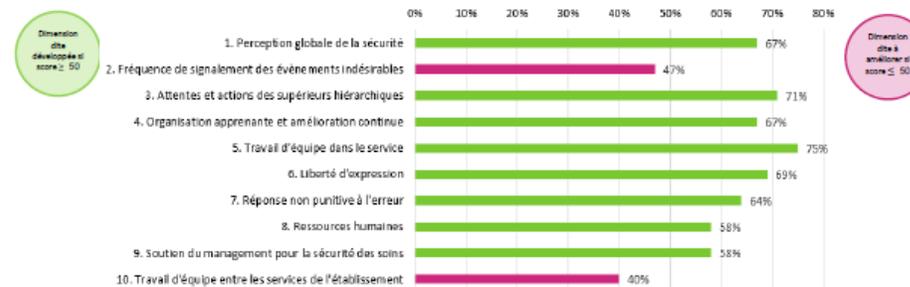
## Résultats campagne 2019 Culture Sécurité des soins

La Culture de Sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins.

⇒ Développer la Culture Sécurité pour faire de la sécurité une priorité et éviter les accidents ou en limiter l'importance.

Taux de participation unité d'Auxerre = 100 % (période de recueil entre le 18 novembre 2019 et le 8 décembre 2019)

### Diagramme des 10 dimensions de la Culture Sécurité AUXERRE



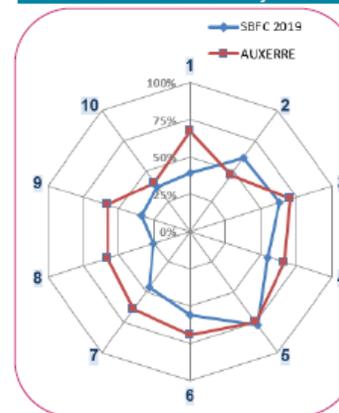
### Engagements de l'équipe :

⇒ Dimension de signalement des événements indésirables à améliorer.

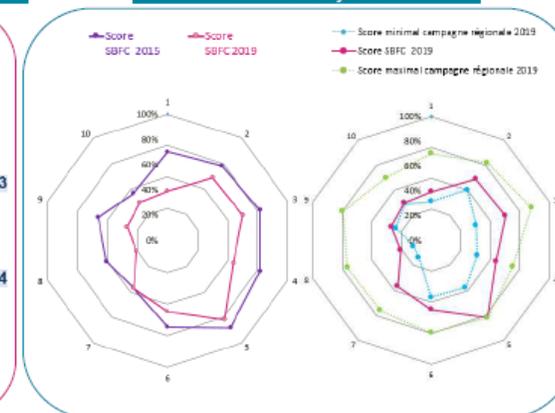
⇒ Travail d'équipe entre les services de l'établissement :

⇒ Déjà amélioré depuis 2 ans grâce à une fiche de liaison mise en place entre le service d'hémodialyse du CH et Santély.

### Vos résultats versus Santély BFC



### Résultats Santély BFC



### Engagements de l'équipe :

⇒ Dimension de signalement des événements indésirables à améliorer.

⇒ Travail d'équipe entre les services de l'établissement :

⇒ Déjà amélioré depuis 2 ans grâce à une fiche de liaison mise en place entre le service d'hémodialyse du CH et Santély.

### Niveau de sécurité perçu Santély BFC



> Suivi des audits maîtrise du risque d'infections associés au soin dans les actes de PEC patient

### Axes de travail institutionnels :

⇒ Communiquer les résultats individuels de cette EPP aux équipes

⇒ Développer l'utilisation des compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique pour la manipulation des lignes et lors des injections

⇒ Mobiliser les professionnels pour le port des EPI aux branchements et débranchements

## EPP Maîtrise du risque infectieux lors du BRANCHEMENT et DEBRANCHEMENT sur FAV

Unité de dialyse : Vesoul

### Référentiels :

Recommandations de la SFHH :

- « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins » de 2010
- « Hygiène des mains » de 2009
- « Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse » de 2004

### Méthodologie :

- Démarche commune Santély BFC et Santély Hauts de France
- Relevé prospectif
- Echantillonnage BFC : **38 observations pour le branchement** et **47 observations pour le débranchement**

### Objectifs d'amélioration :

- Améliorer la pratique de soins et sensibiliser les soignants et les patients aux règles d'asepsie lors de la manipulation d'une FAV

### Période considérée sur l'ensemble des unités :

⇒ Avril 2019 à Décembre 2019 sur l'ensemble des unités

### Nb d'observation(s) pour l'unité de dialyse :

⇒ 2 branchements et 4 débranchements

Points de performance	Axes d'amélioration
<p><b>La tenue de l'IDE au branchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Port d'un masque </li> <li>Port de l'EPI visière ou lunettes de protections </li> <li>Mains sans bijoux et montre </li> <li>Cheveux courts ou attachés </li> <li>Ongles courts et non vernis </li> </ul> <p>100 %</p>	
<p><b>Préparation de l'abord vasculaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de solution antiseptique scrub </li> <li>Lavage des mains au préalable au lavage de la fistule </li> </ul> <p>78 %</p>	<p>→ Utilisation de solution antiseptique scrub</p> <p>→ Lavage des mains au préalable au lavage de la fistule</p>
<p><b>Antiseptie et branchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Friction SHA complète </li> <li>Friction SHA avant contact avec le patient </li> <li>Utilisation de compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique avant manipulation des lignes </li> <li>Respect du temps de contact avec l'antiseptique </li> <li>Ouverture du set au dernier moment </li> </ul> <p>84 %</p>	<p>→ Utilisation de compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique avant manipulation des lignes pour la réalisation d'injection</p> <p>→ Nettoyage de la surface du générateur</p> <p>→ Port de gants pour la réalisation des injections</p>
<p><b>La tenue de l'IDE au débranchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Port d'un masque </li> </ul> <p>88 %</p>	<p>→ Port de l'EPI visière ou lunettes de protection</p>
<p><b>Antiseptie et débranchement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Désinfection de l'environnement du patient par l'IDE </li> <li>Désinfection des surfaces du générateur par l'IDE </li> <li>Port d'un gant lors de la réalisation de la compression des points de ponction </li> <li>Port de gants pour la réalisation des injections </li> </ul> <p>60 %</p>	<p>→ Désinfection du site d'injection avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique</p> <p>→ Désinfection réalisée après le départ du patient</p>
<p><b>Axes de travail institutionnels :</b></p> <p>⇒ Communiquer les résultats individuels de cette EPP aux équipes</p> <p>⇒ Développer l'utilisation des compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique pour la manipulation des lignes et lors des injections</p> <p>⇒ Mobiliser les professionnels pour le port des EPI aux branchements et débranchements</p>	<p><b>Nos engagements d'équipe :</b></p> <p>⇒ Nettoyer l'écran du générateur après le branchement du patient et en cours de séance si besoin</p> <p>⇒ Nettoyer le générateur après le départ du patient</p> <p>⇒ Désinfecter le site d'injection et manipuler les lignes avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique</p>



### Nos engagements d'équipe :

- ⇒ Nettoyer l'écran du générateur après le branchement du patient et en cours de séance si besoin
- ⇒ Nettoyer le générateur après le départ du patient
- ⇒ Désinfecter le site d'injection et manipuler les lignes avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique

## Critère : 3.7-03

### L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

---

#### Les indicateurs en lien avec le patient / la gouvernance / les RU

- > Affichage des indicateurs qualité
- > Campagne annuelle du recueil de la satisfaction
- > Lettre info patients (lettre d'information du patient dialysé)

# Les indicateurs en lien avec le patient, la gouvernance, les RU

> Affichage des indicateurs qualité

## QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

### Résultats de notre certification

Date de certification : 27/09/2022

Les résultats sont disponibles sur QualiScope :

<https://www.has-sante.fr/QualiScope>

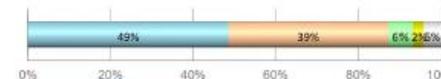


### VOTRE SATISFACTION :

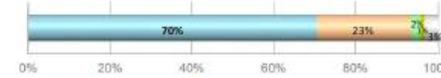
Enquête bisannuelle réalisée en 2021

Satisfaction globale : 8,7 / 10 Taux de retour : 46,2 %

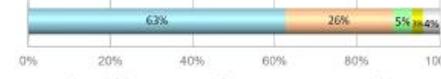
Vos droits et votre information :



L'organisation des soins :



L'accueil et l'environnement :



■ Très satisfait ■ Satisfait ■ Peu satisfait  
■ Pas du tout satisfait ■ Non évalué

- Expression Patients de l'unité (données 2022) :

Réclamations	0
Médiations et recours	0

### Prévention des infections associées aux soins (données 2021)

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours de la prise en charge du patient.

La prévention des infections est évaluée par des indicateurs mesurant par exemple les mesures de précaution ou la survenue d'infections post-opératoires.



Répartition nationale des établissements par niveau

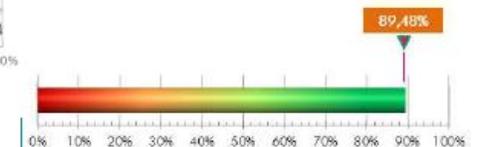
### SPIADI : Surveillance et Prévention des Infections associées aux dispositifs invasifs

Taux d'incidence des bactériémies acquises dans l'unité pour 100 admissions en 2022 :

Infections sur cathéters ou fistules de dialyses Santélyls BFC	0,00
Moyenne nationale	0,76

### DOULEUR

Taux d'évaluation de la douleur sur l'unité en 2022 :



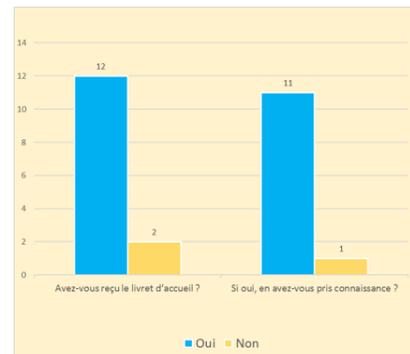
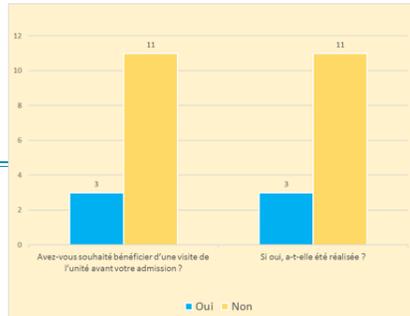
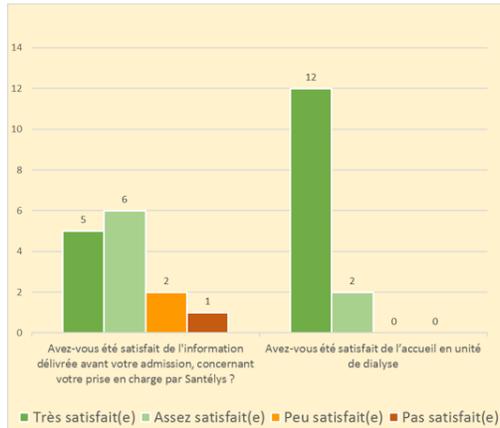
\* Pour toute question relative à ces indicateurs, vous pouvez prendre contact avec le médecin néphrologue référent ou l'infirmière référente des soins.

# Les indicateurs en lien avec le patient, la gouvernance, les RU

- > Résultat du recueil de la satisfaction de nos patients (campagne annuelle) :
  - en instances en global,
  - aux équipes soignantes lors de réunion qualité,
  - aux RU



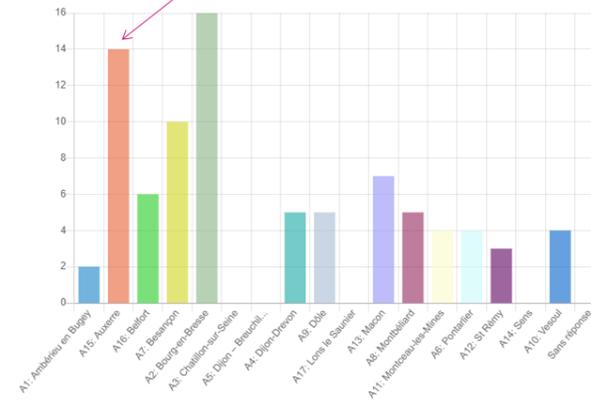
## L'information délivrée concernant votre prise en charge par Santély ?



## Taux de réponse

## Appréciation générale

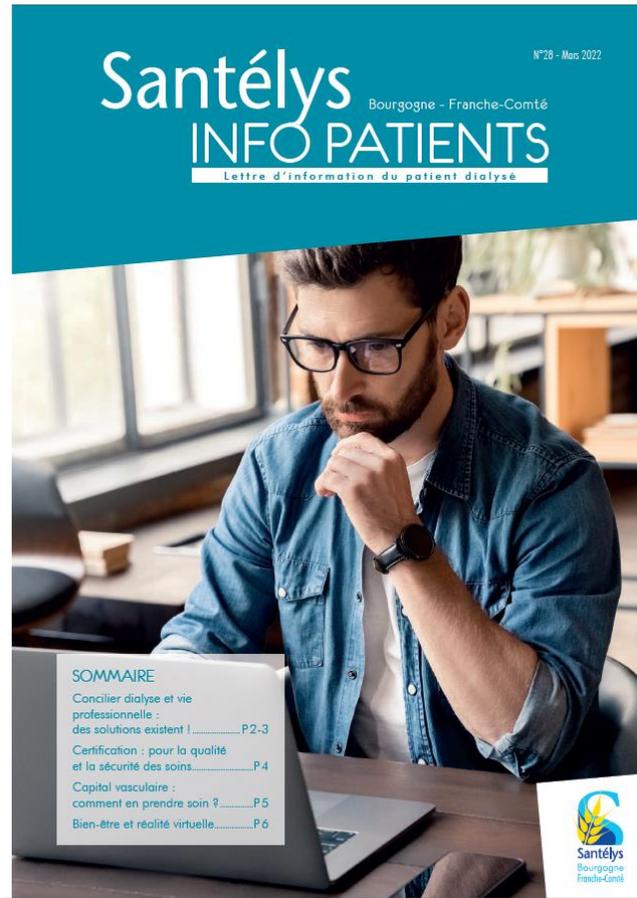
> Taux de retour questionnaire  
Unité de Auxerre = **60,9 %**



> Note moyenne de satisfaction  
Unité de Auxerre  
= **8,6 sur 10**

# Les indicateurs en lien avec le patient, la gouvernance, les RU

## > Lettre info patients



# Gestions des risques et actions d'amélioration

- > Synthèse du PAQSS
- > Synthèse des actions CREX avec bulletins d'alerte
- > Indicateurs EI



# Les indicateurs en lien avec la gestion des risques

## > Synthèse du PAQSS



### PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) Bilan 2021 – Plan d'actions 2022

<p>Nutrition :</p> <p>Co-animation atelier ETP avec l'équipe de Pontarlier et Besançon</p> <p>Intervention pour les formations « Diabète et IRC » et « Nutrition en dialyse »</p> <p>Participation réunion du RNB</p> <p>Suivi du dossier « collation »</p> <p>Poursuite de la PEC des patients en dialyse et diabète</p>	<p>⇒ Action réalisée en 2021</p> <p>⇒ Action réalisée le 6 juin 2021</p> <p>⇒ Action réalisée en 2021</p> <p>⇒ Action réalisée en 2021</p>	<p>=&gt; reprendre en 2022</p>
<p>Douleur :</p> <p>Suivi de l'indicateur douleur avec le nouveau DPI</p> <p>Développer la pratique de l'hypnose conversationnelle au moment des ponctions</p> <p>Cryoanalgie : accompagner les équipes pour la mise en place de cette technique –Poursuivre l'utilisation de la ponction sous échographe</p> <p>Masques de réalité virtuelle « bien être »</p> <p>Expérimentation APA</p>	<p>=&gt; Action réalisée 2021</p> <p>=&gt; Formation en 2021</p> <p>=&gt; Action poursuivie en 2021</p> <p>=&gt; Expérimentation en 2021</p>	<p>=&gt; En janvier 2022</p>
<p>Prévention :</p> <p>Poursuivre le développement des tablettes tactiles au domicile des patients : DPA / DP cardiaque et HDD / HDQ</p>		<p>=&gt; reprendre en 2022</p>
<p>Environnement du patient :</p> <p>Projet de renouvellement de matériel (générateur, fauteuil, lit)</p> <p>Projet de nouvelles constructions</p>	<p>⇒ Action réalisée en 2021</p> <p>⇒ Ouverture d'Ambérieu en Bugey</p>	<p>=&gt; Poursuivre en 2022</p> <p>=&gt; Projet Lons le Saunier, Sens...</p>
<p>Le développement durable :</p> <p>Suite à l'autodiagnostic, définir des actions à mettre en place</p> <p>Travail commun avec nos collègues de Santélyls HDF (qualité et communication)</p>		<p>=&gt; Action à poursuivre en 2022</p>

# Les indicateurs en lien avec la gestion des risques

## > Synthèse des actions CREX avec bulletins d'alerte



### ☞ Injection d'EPO périmées

"Protocole de suivi des péremptions des produits pharmacie sur les unités de dialyse et son formulaire associé" (PS-BFCDIA-003)

### ☞ Prise en charge d'une urgence vitale

Intégration des coordonnées GPS sur la fiche Urgence à disposition vers le poste infirmier  
 "CAT en cas de décès d'un patient en unité de dialyse" (INS-BFCDIA-153)  
 Vidéo en lien avec la gestion de l'urgence sur les unités en cours d'élaboration

### ☞ Logiciovigilance : non remontée de l'EPO dans le DPI Medware

Les libellés d'écriture ont été travaillés sur des unités pour les prescriptions  
 Intégrer cet exemple aux formations « erreurs médicamenteuses »  
 Audit en novembre 2021 sur les administrations de traitement (retour aux équipes en Janvier/Février 2022)

### ☞ Agressivité physique d'un personnel par un patient en unité de dialyse

"Prévention des faits de violence dans les établissements de dialyse" (INS-BFCDIA-151) pour mieux gérer ces situations extrêmes  
 "Bulletin d'alerte N°10 - Fait de violence aggravée en unité de dialyse" (BA-BFCDIA-010)  
 Mettre en œuvre un dispositif de communication d'alerte au sein des salles de dialyse

### ☞ Chute d'un patient en unité de dialyse

Mettre en œuvre une sensibilisation des équipes en lien avec la gestion d'une chute de tension en fin de séance de dialyse et la nécessité de rédiger des transmissions ciblées à la suite de l'événement (sous format EPP analyse de scénario)

### ☞ Décès en unité de dialyse

"CAT en cas de décès d'un patient en unité de dialyse" (INS-BFCDIA- 153) et son formulaire inventaire effets personnels  
 Définir la liste du kit décès pour transmission en début d'année 2022 sur les unités

### ☞ Administration du traitement personnel non prescrit par le néphrologue en cours de dialyse

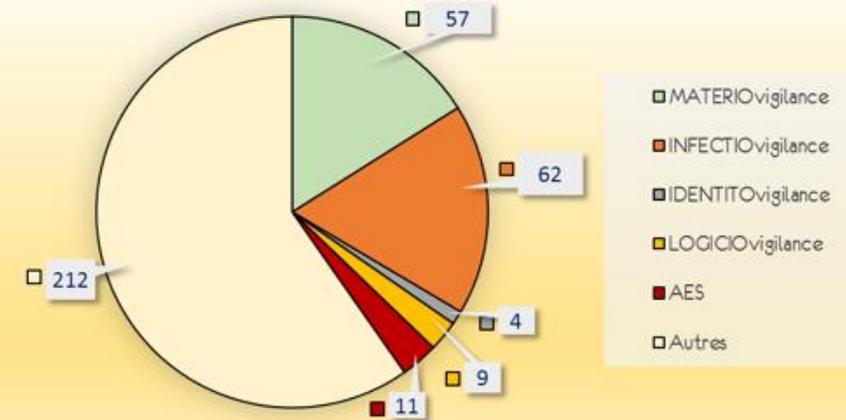
Intégration de cet exemple concret dans la session de formation erreur médicamenteuse dispensée aux IDE  
 Procédures :  
 "Gestion des médicaments personnels des patients au cours des séances d'hémodialyse" (PRO-BFCDIA-075)  
 "Prescription et administration des médicaments en séance de dialyse" (PRO-BFCDIA-080)

# Les indicateurs en lien avec la gestion des risques

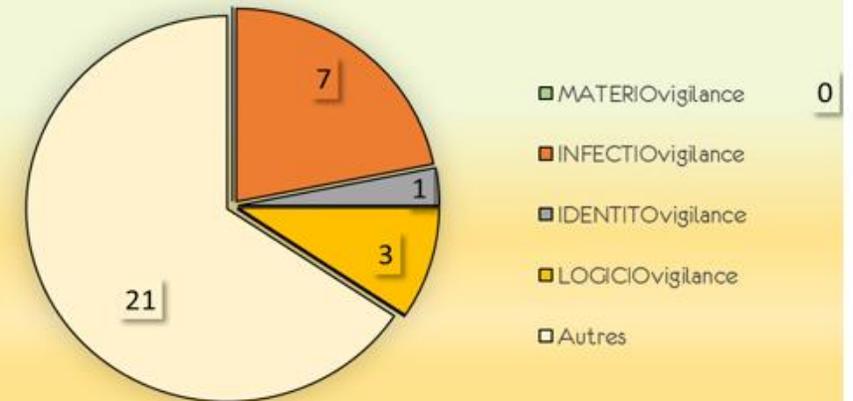
## > Synthèse des déclarations EI

Année 2022

Nb de déclaration totale Santélyls BFC = **355** fiches de signalement (FSI) rédigées  
Dont **132** fiches concernant une vigilance sanitaire



Nb de déclaration de l'équipe de **BESANÇON** = **32** fiches de signalement (FSI) rédigées  
Dont **11** fiche(s) concernant une vigilance sanitaire





Avez-vous  
des  
questions ?

**Merci de votre  
attention**