



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
SAINTONGE**

11 boulevard ambroise pare

Bp 326

17108 Saintes

AVRIL 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	42
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	60
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	65
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	70
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	75
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	81
<b>ANNEXE</b>	87

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	
Adresse	11 boulevard ambroise pare 17108 Saintes
Département / région	CHARENTE-MARITIME / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	170023881	GCS DE SAINTONGE LABORATOIRE INTER HOSPITALIER	18 avenue du port 17415 ST JEAN D ANGELY
Entité juridique	170780175	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	11 boulevard ambroise pare Bp 326 17108 Saintes
Etablissement de santé	170020994	CH DE SAINTONGE-HOPITAL DE JOUR LE PERAT / CATTP DE SAINTES	99 - 101 cours paul doumer 17100 SAINTES
Etablissement de santé	170017925	CH DE SAINTONGE-CAMPE ST PIERRE D'OLERON	Rue de la torse 17310 Saint-Pierre-D'Oleron
Etablissement de santé	170786412	CH DE SAINTONGE-SITE ARENES "AQUITANIA" SLD	21 rue de l'alma 17108 Saintes
Etablissement de santé	170000103	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	11 boulevard ambroise pare Bp 326 17108 Saintes
Etablissement de santé	170017917	CH DE SAINTONGE-CAMPE SAINTES	15 rue de l'alma 16, rue st eutrope 17100 Saintes
Etablissement de santé	170020986	CH DE SAINTONGE-HDJ LA GABARRE/CMP	10b rue camuzet 17400 Saint Jean D'Angely

Etablissement de santé	170792220	CH DE SAINTONGE-SITE ARENES "AQUITANIA" SSR	21 rue de l'alma 17108 Saintes
Etablissement de santé	170785661	CH DE SAINTONGE-HJ / CAMPE / CASPA ST JEAN Y	6-8 rue jélu 17415 ST JEAN D ANGELY
Etablissement de santé	170023253	CMP CAPADO CH SAINTONGE SECTEUR 3 SAINTES	16 rue saint eutrope 17100 SAINTES
Etablissement de santé	170784805	CH DE SAINTONGE-CAMPE MARENNES	9 av maréchal leclerc 17320 Marennnes
Etablissement de santé	170795140	CH DE SAINTONGE- CATTTP ST JEAN Y	8 rue michel texier 17400 Saint-Jean-D'Angely
Etablissement de santé	170024285	CENTRE PERINAT.PROXIMITE - CH SAINTONGE	20 avenue saint sordelin 17640 VAUX SUR MER
Etablissement de santé	170784532	CH DE SAINTONGE-CENTRE ACCUEIL TRAITEMENT AMBULATOIRE DE SECTEUR (CATAS)	116 cours paul doumer 17100 Saintes
Etablissement de santé	170021778	CH DE SAINTONGE-HOPITAL DE JOUR PSY ENFANTS	15 rue de l'alma Bp 326 17108 Saintes
Etablissement de santé	170019947	CH DE SAINTONGE-CENTRE DE DESPISTAGE ANONYME ET GRATUIT	11 bld ambroise paré Bp 326 17100 Saintes

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	75	/	19	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	32	/	/	/	/
MCO	Médecine	210	30	/	10255	14923



Santé mentale	Psychiatrie générale	52	15	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	5	34	/	/	/
SLD	SLD	45	/	/	/	/
SSR	SSR	30	4	/	/	/

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

- Laboratoire ;
- Radiothérapie ;
- Restauration (HACCP).

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communauté Hospitalière de Saintonge (CH de Saintonge, St Jean d'Angély, Royan, Jonzac, Boscammant, EPD 2 Monts) depuis le 28/11/2014 dans le domaine des activités médicales</li> <li>- Gie IRM de Saintonge (CH de Saintonge, St Jean d'Angély, Jonzac et radiologues libéraux)</li> <li>- Centre de Périnatalité de Proximité depuis janvier 2015 dans le domaine de la gynéco-obstétrique</li> <li>- GCS Laboratoire interhospitalier (CH de Saintonge, St Jean d'Angély, Royan) depuis 2006</li> </ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Suspension: Soins intensifs neuro-vasculaires, depuis le 07/09/2015.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<p>Création:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythmologie Interventionnelle depuis le 02/01/2013</li> <li>- Coronarographie depuis le 03/09/2014</li> <li>- Soins intensifs neuro-vasculaires depuis le 03/09/2012</li> </ul>

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

### Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Droits des patients  
Prise en charge des urgences et des soins non programmés  
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en radiothérapie
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

## 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 HC Unité 1 - Cardiologie (28 lits) sain	A définir	Non programmée	Simple	MCO
2	Adulte	Médecine HP Unité 2 - Oncologie HJ saintonge	A définir	Programmé	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
3	Sujet âgé	Chirurgie HC Unité 3 - Urologie (21 lits) sainton	A définir	Non programmée	Complexe	MCO
4	Adulte	Gynécologie Obstétrique saintonge	A définir	Programmée	Simple	MCO
5	Adulte	SSR - Médecine physique/réadaptation Site des Arè	A définir	Non programmée	Complexe	SSR
6	Enfant	Psychiatrie infanto-juvénile HJ St Jean d'Angély	A définir	Programmée	Simple	Santé mentale
7	Sujet âgé	SLD Site des Arènes	A définir	Programmée	Simple	SLD
8	Adulte	HAD	A définir	Programmée	Complexe	HAD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

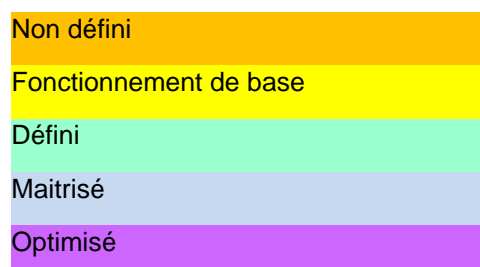
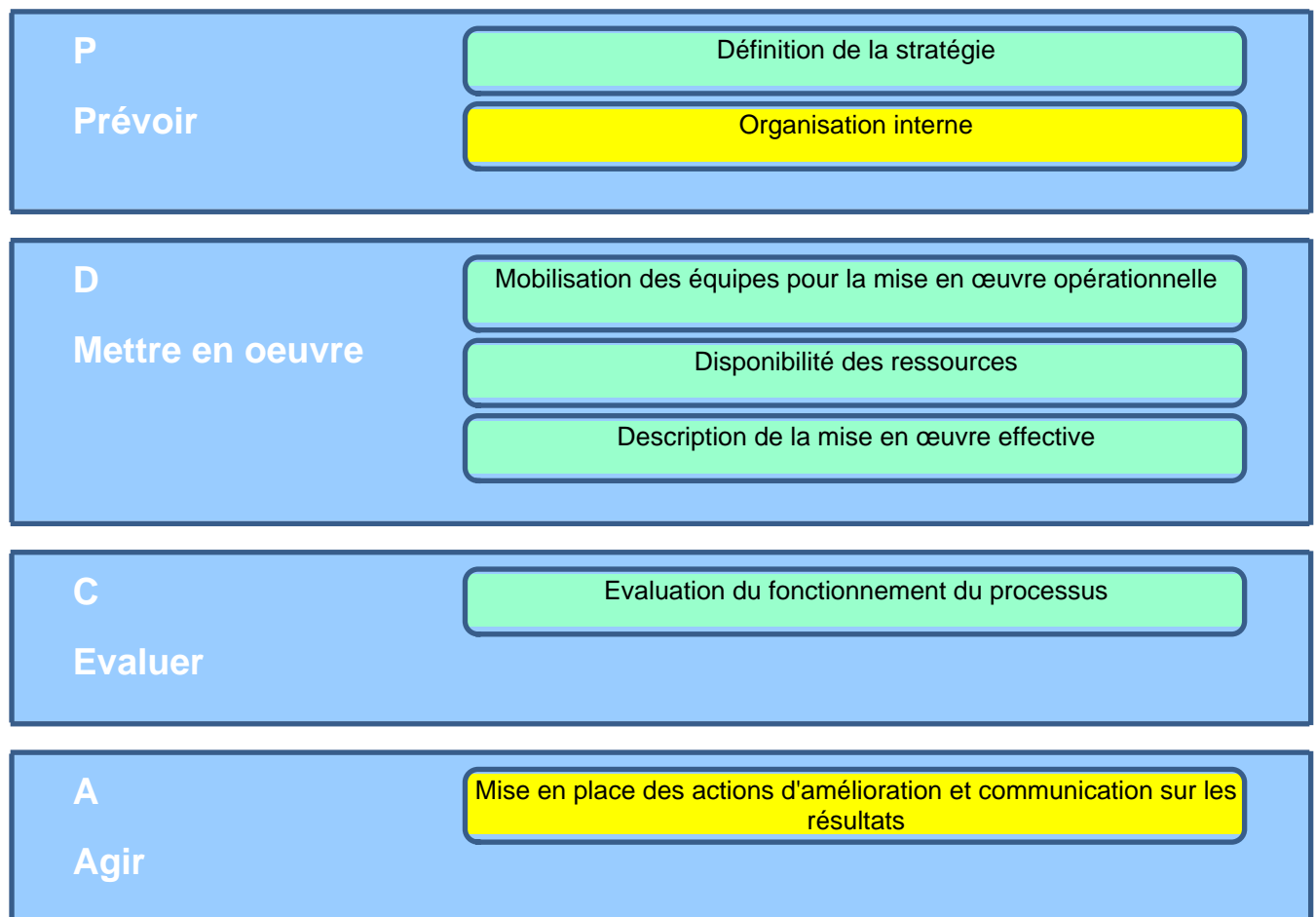
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Il existe une politique qualité-gestion des risques au CH de Saintonge à Sainte, retrouvée dans les orientations stratégiques sur la période 2011 - 2015.

Pour des raisons propres à l'établissement (arrivée récente d'un nouveau directeur et concomitance de mise en place d'une direction commune avec un autre établissement et constitution du GHT), la direction qualité - risques a évalué récemment la politique et a défini des objectifs au travers de plusieurs documents. Un document nommé "démarche qualité - gestion des risques, bilan et perspectives" fixe l'état des lieux et du mouvement des directeurs en charge de la qualité et des risques (quatre directeur en quatre ans). Une nouvelle stratégie, récemment validée par les instances (directoire, CME et CSIRMT), décrit des axes prioritaires et formalisés : porter une politique détaillée des EPP, mettre en œuvre et suivre les indicateurs de pratique clinique, poursuivre des cartographies des risques a priori, déployer une démarche de gestion des événements indésirables, informatiser le circuit de signature des documents qualité, consolider la culture qualité, actualiser le plan blanc. Elle s'appuie sur des valeurs basées sur le développement d'une culture de l'évaluation de la qualité gestion des risques. Elle prend en compte les résultats de la V2010, le recueil des IPAQSS, l'analyse des plaintes et des réclamations, les recommandations de la CDU, les événements indésirables, les obligations réglementaires. La démarche d'évaluation des risques a priori est organisée de manière appropriée et opérationnelle. Elle permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement, en particulier sur les secteurs à risques de l'établissement. Concernant l'analyse des risques a priori, il existe une cartographie des risques professionnels sous forme de document unique. Le dispositif de gestion de crise est défini. La promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est intégrée. Cette politique qualité-gestion des risques est déclinée dans un programme d'actions institutionnel, formalisé et priorisé (PAQSS), comportant les responsables et acteurs des actions, les échéances. Le PAQSS est intégré en partie dans le compte qualité. L'établissement suit l'avancement de ses actions trimestriellement et présente annuellement l'avancée des actions en instances: CME, réunion de cadres, Commission de soins, CDU. La participation des représentants des usagers est notée dans la construction du projet d'établissement de la structure Aquitania (EHPAD/USLD) du Centre Hospitalier de Saintonge. Cependant, les représentants d'usagers ne participent pas à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU. En effet, la politique qualité - sécurité des soins a été récemment mise à jour, sans impliquer les usagers, sur le secteur MCO. De plus, un nouveau président, représentant des usagers, vient d'être élu. Un de ses objectifs est justement une participation plus active à la politique qualité - gestion des risques du CH de Saintonge. Une organisation, dans ce sens, est en cours de réflexion avec la Direction. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, ceux-ci ont confirmé leur absence de participation à l'élaboration de cette politique. Cette problématique a été identifiée par l'établissement comme l'un des 10 risques prioritaires.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus management de la qualité et de la gestion des risques. Le pilotage stratégique est placé sous l'égide de la Direction Générale, la Commission Médicale d'Établissement (CME) et de la Direction des Soins. Le pilotage opérationnel est organisé par la direction qualité-gestion des risques, le coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins. Ils s'appuient sur le Comité de pilotage qualité-vigilances-EPP. Ce comité a défini quatre objectifs prioritaires sur le déploiement et la mise en œuvre de démarches EPP avec l'engagement souhaité des professionnels. Il accompagne et pilote la démarche gestion des risques et la démarche EPP, via le compte qualité, le programmes d'actions et le tableau de bord des EPP. Il s'assure de la mise en œuvre et du suivi de la stratégie et de la démarche opérationnelle et se mobilise dans l'élaboration du compte qualité. Pour chaque thématique, il a identifié un binôme médico-soignant en fonction de leur positionnement institutionnel et leur légitimité fonctionnelle au sein de l'établissement. Les rôles et responsabilités de chaque responsable et/ou pilote sont identifiés et formalisés dans un organigramme et dans la définition des missions des Comités et des instances issues de la CME (CLUD, CLAN, CLIN, COMEDIM, etc.). Des règlements intérieurs pour les instances décrivent ainsi les objectifs et les missions. Ces pilotes de thématiques ont reçus des sensibilisations internes par la direction qualité-gestion des risques sur les attentes et exigences de la V2014. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par un médecin, Vice Président de la CME. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est également désigné en la personne du pharmacien, chef de service. Leurs missions sont également identifiées et définies. La coordination des vigilances, de la veille sanitaire et de la gestion globale de la qualité et des risques est organisée au travers du COPIL Qualité-vigilances-EPP. Une stratégie visant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins est prévue. Les instances spécialisées, CLIN, CLUD, CLAN, CHSCT, etc.

participent au déploiement opérationnel de la politique qualité - gestion des risques du CH. Les programmes qualité gestion des risques issus des comités, des sous commissions de la CME et de la CDU prennent en compte les résultats du traitement des événements indésirables, de la gestion des plaintes et réclamations, des risques identifiés dans les thématiques prioritaires dans les plans d'actions développés. L'ensemble des responsables institutionnels et opérationnels impliqués dans les thématiques et les processus s'impliquent dans les différents travaux au sein des différents comités. Le dispositif de gestion des événements indésirables est prévu sur l'établissement. Le circuit est organisé en version papier. Le déclarant transmet son signalement au service qualité-gestion des risques qui accuse réception. L'établissement a prévu de déployer l'informatisation du circuit des Fiches de déclarations d'événements indésirables en janvier 2017. Une cellule d'analyse d'événements indésirables est organisée. Elle se réunit 4 fois par an pour une lecture ciblée de FEI. Néanmoins, le dispositif de gestion des événements indésirables n'est pas totalement organisé. En effet, lors d'événements indésirables à criticité importante, nécessitant une analyse des causes profondes, l'association des professionnels n'est pas nécessairement en place. Leur participation est aléatoire et dépendante du secteur d'activité. Lors des investigations de terrain, les experts visiteurs ont pu constater l'absence de retour d'information et des actions mises en place auprès du déclarant et des équipes. Le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés) est organisé. Cependant, des analyses de revue morbi-mortalité et/ou analyses de causes ne sont pas organisées dans certains secteurs de chirurgie. Les experts visiteurs ont pu constater, pendant la visite, qu'il n'y a pas de RMM mises en place dans tous les secteurs à risques. Ainsi la chirurgie viscérale, l'ORL et l'urologie ne réalisent pas de RMM, conformément à la réglementation. Le dispositif d'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge est élaboré. Le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU est structuré. Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement, à des différents niveaux, selon les fonctions occupées dans la gestion du processus. Une stratégie de communication est en place. Des panneaux d'affichage relaient les informations de même que le site intranet de l'établissement. Il existe également un journal interne. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et les différents secteurs, services de soins, secteurs médico-techniques, logistiques et administratifs.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés dans les secteurs d'activité, la Direction Qualité-Gestion des risques et la Direction des Soins organisent la mise en place de la déclinaison des actions d'amélioration. L'encadrement des secteurs sensibilise auprès de leur équipe sur les actions d'amélioration et les risques identifiés propre à leur service. Il s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux règles et procédures en vigueur (protocoles, procédures, consignes, dispositifs d'accueil, etc.). En cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats, etc.), des actions correctrices sont identifiées. Il communique, par des informations régulières (staffs, réunions de service, etc.), sur les résultats des audits et indicateurs: enquêtes de sortie, IPAQSS, tableau de bord des infections nosocomiales ainsi que sur de nombreux indicateurs suivis dans l'établissement comme le quick audit. L'information est également donnée sur le site intranet et dans le journal interne.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont définies et disponibles dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. L'établissement dispose dans ses ressources en compétences qualité - risques d'un directeur qualité-gestion des risques, de deux ingénieurs, d'un cadre, d'un médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, d'une secrétaire, d'une infirmière qualité. Des formations qualité-gestion des risques sont réalisées régulièrement pour les professionnels. Par exemple, la gestion documentaire via intranet, la méthodologie CREX et la méthode patient traceur adoptée depuis septembre par l'établissement, le contrôle transfusionnel ultime au lit du malade. Les professionnels sont formés aux AFGSU I et II et à l'utilisation du chariot d'urgences dans les services de soins. Les professionnels disposent d'un système informatisé de gestion documentaire qui est opérationnel et connu. Ils ont ainsi accès aux documents qui les concernent: procédure chemin clinique, procédure CREX, guide patient traceur, plaquette « la douleur n'est pas une fatalité », procédure transfusion de produits sanguins labiles, etc. Un dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables de l'établissement est en place et disponibles pour les professionnels. Les locaux sont adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Le système d'information intranet opérationnel est en place et adapté aux besoins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs mettent en œuvre les organisations définies dans le cadre de l'organisation institutionnelle de la qualité gestion des risques. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Un réseau de personnes relais qualité, essentiellement le personnel d'encadrement, est effectif sur l'établissement.



De nombreux référents douleur, bientraitance, blanchisserie, risque infectieux, restauration/nutrition sont nommés dans les services rencontrés. Le dispositif de gestion documentaire est connu de l'ensemble des professionnels. Le déploiement de la méthode patient traceur, pour laquelle les cadres de santé ont été formés, va débiter au sein des services de soins. Le dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et utilisé par les professionnels. Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place, formalisée dans le plan blanc et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés. Des plans canicule, déneigement, maîtrise d'une épidémie assurent la gestion de crise de l'établissement. Une journée nationale plan blanc a eu lieu en mars 2016. L'établissement a participé à plusieurs exercices de gestion de crise : un exercice de sécurité civile « attentats multi-sites » en novembre 2016, un exercice réel épidémique en avril 2016 aux urgences et un exercice incendie également en avril 2016 sur le site Aquitania. La CDU analyse l'ensemble de plaintes et réclamations, en lien avec les responsables des services concernés. Une traçabilité est assurée dans son bilan d'activités. L'établissement met en œuvre des démarches d'EPP dans les différents secteurs. Les professionnels s'engagent de nouveau dans ces démarches, en lien avec les réponses à apporter aux recommandations issues de la précédente itération V2010, en particulier sur le médicament, l'information en cas de dommages liés au soin. Dans les secteurs à risques, comme le bloc opératoire, la salle de naissance, l'endoscopie, dans le service des urgences, les démarches qualité-gestion des risques sont bien développées par la réalisation d'analyses de causes, d'une cartographie des risques détaillée. Un chirurgien orthopédique est dans une démarche d'accréditation des médecins. Des RMM, CREX, analyses de causes sont menées dans certains services, par exemple sur les thématiques identitévigilance et erreurs médicamenteuses. La traçabilité des actions et des activités réalisées est assurée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure annuellement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des programmes qualité gestion des risques issus du compte qualité, des comités, des sous commissions de la CME et des instances. L'ensemble des comités, commissions évaluent les activités dont la traçabilité est assurée dans un rapport annuel inséré dans le rapport d'activités de l'établissement. Le suivi global est réalisé par le COPIL Qualité. Un suivi des actions correctrices est assuré. L'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés est en place et permet la visibilité de la maturité des démarches pour l'ensemble des services à risques et thématiques V2014 : par exemple, données générales d'activités, tableau de bord des infections nosocomiales, événements indésirables, résultats des enquêtes de sortie, suivi des indicateurs qualité sécurité des soins sont suivis (IPAQSS). La satisfaction des usagers est évaluée par le biais du questionnaire de sortie et d'I-SATIS en 2014. L'articulation existe entre la gestion des risques et les plaintes et réclamations par la présence d'un membre de la qualité-gestion des risques lors des réunions de la CDU. Cependant, les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique ne mesurent pas, de façon continue, l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques. Ainsi, à la lecture du tableau de bord des EPP, et lors des investigations de terrain par les experts visiteurs, il est remarqué que des évaluations des pratiques professionnelles, dans certains secteurs, débutées en 2010 voire en 2007, n'ont pas bénéficié d'une actualisation et d'une évaluation. Par exemple, en imagerie médicale, l'EPP "Prévenir les risques liés au défaut d'organisation de l'information des patients hospitalisés ayant un examen d'imagerie médicale" ; en psychiatrie pour ce qui concerne l'EPP " Evaluation de la surveillance et de la prévention des effets secondaires métaboliques chez les adolescents sous antipsychotiques atypiques" ; en stérilisation centrale, "Optimisation du bionettoyage en stérilisation" ; en anesthésie pour l'EPP "Analyse des accidents graves en per-opératoire et en SSPI". Elles n'ont pas abouties ou ne sont pas finalisées. Dans le tableau de bord institutionnel, leur mise à jour n'est pas réalisée.

## A / AGIR

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

L'établissement a mis en place un dispositif structuré d'actions d'amélioration. Cependant, certaines évaluations qui peuvent être des données à risque ne génèrent pas systématiquement des actions correctives dans l'ensemble des secteurs. Des indicateurs IPAQSS relatifs au parcours du patient mettent en évidence de fortes disparités de résultats entre les différents services. L'établissement n'a mis aucune actions correctives en place. De plus, les actions d'améliorations ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le PAQSS. En effet, le PAQSS n'intègre pas les actions relatives à certains domaines : actions issues des RMM, les informations issues des questionnaires de satisfaction, l'ensemble des plaintes, réclamations et contentieux, les risques identifiés dans le document unique. Le suivi du PAQSS est tout de même assurée par une révision trimestrielle. Les résultats des actions menées sont communiqués aux professionnels à travers par des affichages dans les salles de soins ou de repos, lors

des réunions de service, en instances et dans le journal interne de l'établissement Hosto Infos. Les usagers sont informés des résultats par voie d'affiches à l'entrée de l'hôpital et par le biais des réunions de la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Les représentants d'usagers ne participent pas à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.</p> <p>La politique qualité - sécurité des soins a été récemment mise à jour, sans impliquer les usagers, sur le secteur MCO. De plus, un nouveau président, représentant des usagers, vient d'être élu. Un de ses objectifs est justement une participation plus active à la politique qualité - gestion des risques du CH de Saintonge. Une organisation, dans ce sens, est en cours de réflexion avec la Direction. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, ceux-ci ont confirmé leur absence de participation à l'élaboration de cette politique. Cette problématique a été identifiée par l'établissement comme l'un des 10 risques prioritaires. comme l'un des 10 risques prioritaires.</p>	2b
P / Organisation interne	NC	<p>Le dispositif de gestion des événements indésirables n'est pas totalement organisé.</p> <p>Lors d'événements indésirables à criticité importante, nécessitant une analyse des causes profondes, l'association des professionnels n'est pas nécessairement en place. Leur participation est aléatoire et dépendante du secteur d'activité. Lors des investigations de terrain, les experts visiteurs ont pu constater l'absence de retour d'information et des actions mises en place auprès du déclarant et des équipes.</p>	8f
	PS	<p>Des analyses de revue morbi-mortalité et/ou analyses de causes ne sont pas organisées dans certains secteurs de chirurgie.</p> <p>Les experts visiteurs ont pu constater, pendant la visite, qu'il n'y a pas de RMM mises en place dans tous les secteurs à risques. Ainsi la chirurgie viscérale, l'ORL et l'urologie ne réalisent pas de RMM, conformément à la réglementation.</p>	8f
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique ne mesurent pas, de façon continue, l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.</p> <p>A la lecture du tableau de bord des EPP, et lors des investigations de terrain par les experts visiteurs, il est remarqué que des évaluations des pratiques professionnelles, dans certains secteurs, débutées en 2010 voire en 2007, n'ont pas bénéficié d'une actualisation et d'une évaluation.</p> <p>Par exemple, en imagerie médicale, l'EPP "Prévenir les risques liés au défaut d'organisation de l'information des patients hospitalisés ayant un examen d'imagerie médicale" ; en psychiatrie pour ce qui concerne l'EPP " Evaluation de la surveillance et de la prévention des effets secondaires métaboliques chez les adolescents sous antipsychotiques atypiques" ; en stérilisation centrale, "Optimisation du bionettoyage en stérilisation" ; en anesthésie pour l'EPP "Analyse des accidents graves en per-opératoire et en SSPI".</p> <p>Elles n'ont pas abouties ou ne sont pas finalisées.</p> <p>Dans le tableau de bord institutionnel, leur mise à jour n'est pas réalisée.</p> <p>Lors des investigations terrain, les experts visiteurs ont également pu mesurer que la déclinaison des démarches qualité-gestion des risques est hétérogène sur l'établissement.</p>	28a
A / Mise en place des actions d'amélioration et	PS	<p>Les actions d'améliorations ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le PAQSS.</p> <p>Le PAQSS n'intègre pas les actions relatives à certains domaines : actions issues des RMM, les informations issues des questionnaires de satisfaction, l'ensemble des plaintes,</p>	8a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
communication sur les résultats		réclamations et contentieux, les risques identifiés dans le document unique.	
	PS	Certaines évaluations qui peuvent être des données à risque ne génèrent pas systématiquement des actions correctives dans l'ensemble des secteurs. Des indicateurs IPAQSS relatifs au parcours du patient mettent en évidence de fortes disparités de résultats entre les différents services. L'établissement n'a mis aucune actions correctives en place.	2e

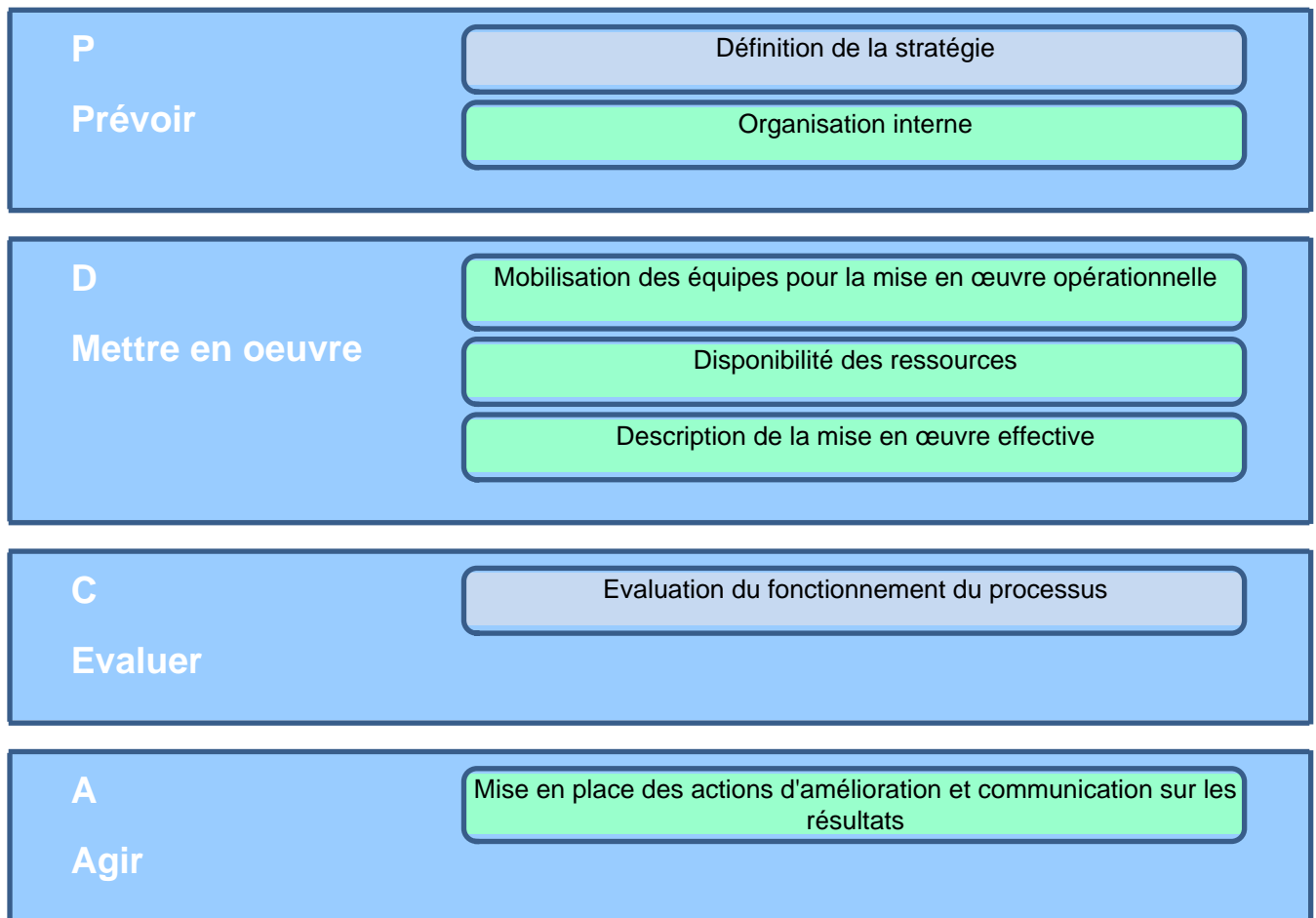
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de Saintonge a défini sa politique de gestion du risque infectieux au travers d'une politique en Hygiène Hospitalière 2014-2018 réactualisée en lien avec les exigences du PROPRIAS, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et du projet médical, établi pour la période 2012-2017. Cette stratégie porte sur l'ensemble du processus Gestion du Risque Infectieux : hygiène des locaux, bon usage des antibiotiques et gestion du risque infectieux. Elle est définie par l'EOH et le CLINris, en concertation avec la CME et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Celle-ci est déclinée dans un contrat de pôle UCAR (Urgences /SMUR-Chirurgies-Anesthésie- Réanimation médico chirurgicale) avec la notion d'actions de prévention, d'actions d'amélioration et des indicateurs par spécialité. Une politique de bon usage, consommation des antibiotiques, des antifongiques et des résistances bactériennes a été rédigée en 2015. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques sont définies en s'appuyant sur des données d'entrée : fiches d'événements indésirables, audits, indicateurs IQSS, de nombreux indicateurs internes, cartographie des risques contenant 12 risques. L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques a été réalisé selon la méthodologie transversale à l'établissement, qui est retrouvé dans le compte qualité. Des actions de prévention, de surveillance, de formation et d'évaluation sont définies sous forme de plan d'actions annuel du CLINris. Ce programme détaille l'action à mettre en place et ses modalités : pilote, l'échéancier et le suivi pour chaque action. L'ensemble du plan d'actions du CLINris alimente le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de l'établissement (PAQSS), et en lien avec le compte qualité. Cette politique et ce plan d'actions sont présentés annuellement en instances : CLINris, CME, Comité Qualité élargi et CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation, un pilotage et des moyens pour assurer la surveillance et la prévention du risque infectieux. L'ensemble s'appuie sur le CLINris, la commission des antibiotiques et le COMEDIMS qui se réunissent régulièrement, en moyenne 3 à 4 fois par an. Il existe un lien fort entre ces instances par la nomination de professionnels identiques dans celles-ci. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène. L'EOH est pluri professionnelle : médecin- biologiste-chirurgien formé à l'hygiène, pharmacien hygiéniste, cadre supérieur de santé EOH, cadre hygiéniste, IDE hygiéniste et secrétaire. Les rôles et les responsabilités sont identifiés dans les fiches de postes. Des règlements intérieurs sont rédigés. La collaboration pluri professionnelle entre l'infectiologue-référent en antibiothérapie, le pharmacien et le laboratoire est défini pour améliorer la prise en charge des patients/résidents et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques. Des correspondants médicaux et des correspondants non médicaux en hygiène (AS IDE, personnels des services techniques) sont nommés sur la gestion du risque infectieux et sur le bon usage des antibiotiques, dans tous les secteurs d'activités. Les ressources documentaires sont organisées dans l'établissement, il existe de nombreuses procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux. Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques s'appuie sur des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux (par exemple, le bon usage des antibiotiques, procédure de gestion de crise dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, conduite à tenir en cas d'épidémie). Les bonnes pratiques de réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures sont encouragées. Des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, à la prévention du risque infectieux et au bon usage des antibiotiques sont prévues dans le plan de formation. En interne, la formation est prévue par l'EOH. Le signalement interne des infections nosocomiales est organisé par plusieurs moyens : les requêtes informatisées quotidiennes à partir des données du laboratoire, la fiche de signalement des infections nosocomiales, la fiche de signalement des événements indésirables, les mail et appels téléphoniques. Une organisation définit le tri des déchets. La gestion des interfaces et des circuits est organisée et facilite la concertation entre les professionnels et les services. Elles sont ainsi définies entre le laboratoire, la PUI, l'EOH et tous les services de consultations, de soins, de l'endoscopie et du bloc opératoire. Le relai est alors possible dans les services qui adaptent ensuite la planification des patients et la mise en œuvre des procédures de bio-nettoyage. L'EOH s'inscrit dans un réseau régional et participe aux réunions du réseau ARLIN Poitou Charente de même qu'aux réunions de CCLIN Sud - Ouest.

**D / METTRE EN OEUVRE**

## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque commission organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plan d'actions opérationnels avec le suivi des indicateurs. Les cadres de santé impulsent une démarche d'amélioration au sein de leur secteur et s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La concertation inter professionnelle est favorisée lors des séances du CLIN, qui se réunit à périodicité définie. Les correspondants hygiène participent à trois réunions avec l'EOH par an qui portent sur l'hygiène des mains et les AES, l'équipement et les locaux. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle s'appuie ainsi sur le réseau des correspondants en hygiène qui informent les professionnels sur le terrain. L'EOH est informée systématiquement des réunions de chantiers et participe au bon déroulement des travaux en ce qui concerne l'hygiène. Il existe un laboratoire d'environnement effectuant les contrôles microbiologiques des eaux, d'air et surfaces au sein de l'établissement. De plus, l'établissement a un Comité Hygiène et Environnement pour la gestion des risques liés à l'air, eau et travaux, composé de professionnels des services techniques, de l'EOHH, cadre de l'équipe centrale hospitalière. Une équipe centralisée hôtelière (ECHO) intervient dans toutes les unités hors sites externes et une équipe dédiée sur le site Aquitania travaillent selon les mêmes modalités : formations et procédures communes. Un prestataire externe, société travaillant avec le CH depuis plusieurs années, s'occupent de l'hygiène des locaux externes : radiothérapie, hôpital de jour de pédiatrie, HAD, MSP, IFSI et IFAS. Des contrôles visuels, en présence d'une personne de la société prestataire et du cadre supérieur EOH, sont réalisés trimestriellement pour s'assurer de la réalisation correcte de l'hygiène des locaux. Concernant le bon usage des antibiotiques, leur promotion et celle des anti-infectieux sont une priorité. Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est fonctionnel sur le logiciel de prescription, au moyen d'une alarme qui permet aux médecins de réévaluer leurs prescriptions d'un antibiotique entre 24 h et 72 h. La dispensation nominative des antibiotiques est également en place avec un suivi de la pharmacie. Les actions de surveillance et de prévention, et en particulier sur les secteurs à risques tels que l'endoscopie, le bloc opératoire, l'imagerie interventionnelle, etc. sont mis en œuvre par les professionnels, en lien avec l'Équipe Opérationnelle en Hygiène Hospitalière. Elles incluent les signalements et les dispositifs d'alerte ascendants et descendants. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs médicaux et paramédicaux formés, sont en place. Les compétences en termes de maîtrise du risque infectieux et de vigilance sont définies et disponibles. Les professionnels sont aidés par l'équipe opérationnelle d'hygiène présente sur le terrain. Ils sont également sensibilisés par les correspondants médicaux et non médicaux hygiène nommé dans chaque service. Leurs missions sont définies et les listes nominatives sont régulièrement actualisées et disponible sur l'intranet. Des formations internes et externes sont assurées. Elles concernent principalement les conduites à tenir vis à vis des bactéries multi résistantes, la prévention du risque infectieux lié aux soins par catégories professionnelles, la formation de bio-nettoyage, etc. mais également des formations aux nouveaux arrivants, dont les internes, et des correspondants hygiène. Certaines de ces formations sont rendus obligatoires. Plusieurs professionnels sont titulaires de formations en hygiène ou sur l'antibiothérapie. Les correspondants en hygiène des services, AS ou IDE, participent à des réunions plusieurs fois par an et ils assurent la rétro information auprès des leurs collègues. Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont formalisés: sondage vésical, recommandations pour la pratique de l'antibio-prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle, chambre implantable, précautions complémentaires, préparation cutanée pour la chirurgie, etc. Elles sont actualisées et accessibles via le système informatique de gestion documentaire. Des outils d'aide à la décision existent en transversal: le guide d'antibiothérapie des infections communautaires de 2015, la plaquette « utilisation des aminosides injectables », des fiches mémo pour les médecins et l'outil électronique avec un classement facilité par antibiotiques, domaines anatomiques ou pathologies. Des documents d'information, comme la plaquette « la gale », « BMR, conseils aux patients, familles et visiteurs », est remis aux patients. L'ensemble de la documentation est conforme à la réglementation et répondent aux résultats des évaluations et des audits. Les matériels et locaux sont disponibles et sont adaptés aux besoins (exemple sur les locaux de désinfection terminal des endoscopes). Le matériel de protection du personnel est disponible pour la réalisation des activités, ainsi que le matériel de sécurité pour les gestes invasifs.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour limiter le risque infectieux, au travers les plans d'actions, la déclinaison des bonnes pratiques et l'implication des professionnels. Les professionnels respectent les règles et protocoles. La traçabilité de l'effectivité des actes pour le bio-nettoyage et la réalisation des procédures d'hygiène est assurée. Les documents d'enregistrement sont disponibles et complétés dans tous les secteurs rencontrés. L'établissement incite les professionnels médicaux et paramédicaux au respect et à la maîtrise de la contamination aéroportée dont le personnel du bloc. Le suivi quotidien des patients porteurs de BMR ou BHR est réalisé informatiquement par l'envoi d'un mail automatique à l'EOH. Les interfaces logistiques sont effectives. Le tri et le circuit d'élimination des déchets sont opérationnels. Les locaux déchets intermédiaires et terminal sont sécurisés. Les interfaces entre secteurs sont effectives. Des contrôle bactériologiques sont réalisés par l'EOH et les

services techniques sur la gestion de l'air, des surfaces et particulaires au bloc opératoire, la stérilisation, le bloc gynécologique. En cas de dysfonctionnement constaté, une demande est faite aux services techniques si nécessaire.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'EOH et le CLINris. De très nombreux indicateurs sont suivis par l'établissement dont le tableau de bord des infections nosocomiales. De nombreux audits sont réalisés dans tous les services par l'EOH et l'encadrement des services comme l'audit sur la connaissance de la technique de friction chirurgicale des mains et l'audit de connaissance des pratiques paramédicales dans la prévention des pneumopathies acquises. Des analyses de causes, des EPP sur les infections des chambres implantables, sur le sondage urinaire complètent le dispositif d'évaluation du processus de gestion du risque infectieux. L'établissement évalue le bon usage des antibiotiques par une enquête de prévalence en 2015. Un bilan annuel est réalisé annuellement. Les résultats de ces travaux sont communiqués aux professionnels par affichage dans les postes de soins ou de détente, lors des réunions de service ou lors des transmissions. Le centre hospitalier est également inscrit dans les démarches d'amélioration du CCLIN Sud-Ouest et ARLIN Poitou Charente, auxquelles il participe.

## **A / AGIR**

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

Le programme d'actions du CLINris fait l'objet d'une révision annuelle. Celui-ci alimente le PAQSS de l'établissement. De nombreuses actions sont mises en place suite à des dysfonctionnements, aux résultats des évaluations ou en cas d'indicateurs faibles comme par exemple la création d'un compte rendu d'hospitalisation standardisé avec plusieurs champs à remplir sur l'hygiène, les antibiotiques et les BMR/BHRe. Les résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont disponibles aux usagers dans le livret d'accueil, le site internet du Centre Hospitalier de Saintonge et sur le panneau d'affichage de l'entrée. Une communication sur les résultats d'évaluation, les actions d'amélioration et le bilan annuel est réalisée en instances lors de CME, CSIMRT, CRUQPC et en CHSCT. Le PH hygiéniste et le président du CLINris sont sollicités pour mettre un point à l'ordre du jour de chaque CME. Les professionnels sont également informés par affichage et publication dans le journal interne Hosto Infos, avec le soutien du service communication de l'établissement.



**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

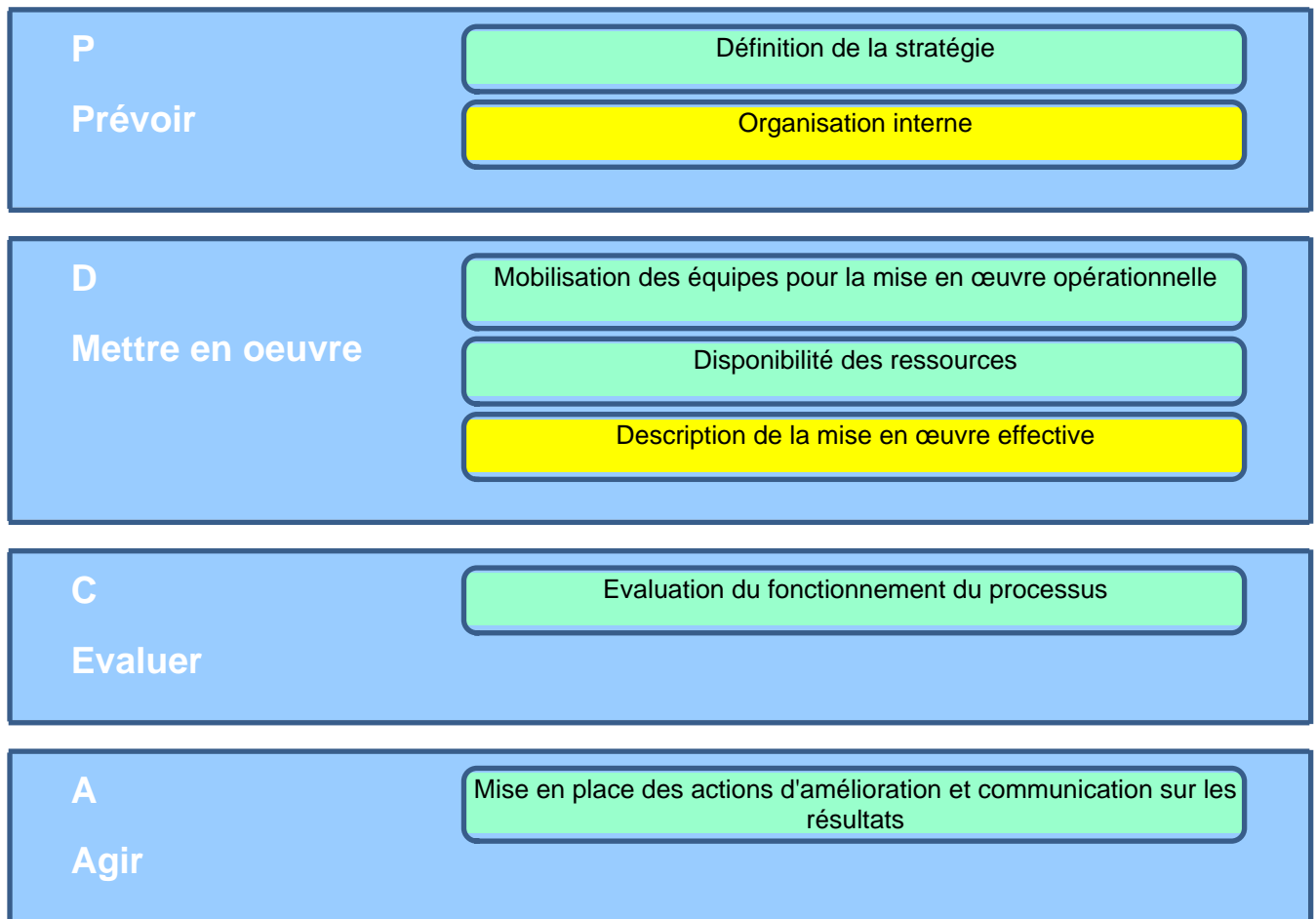
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le respect des droits du patient est un principe fondamental du centre hospitalier de Saintonge en matière de démarche éthique, d'accueil de l'entourage, de bienveillance, d'information du patient, d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. La dernière version de la stratégie des droits des patients date de 2015. En USLD, il est inscrit dans le projet du secteur son engagement dans la promotion de la bienveillance et aussi de la prise en charge des patients en fin de vie. L'établissement a défini des actions sur la base d'une identification et une hiérarchisation des risques. Le Compte Qualité a identifié des risques prioritaires portant notamment sur le risque d'incompréhension du patient sur l'information qui lui est délivrée et le risque de maltraitance. Deux comités appuient cette stratégie : le comité de promotion de la bienveillance et le groupe de réflexion éthique. Ils ont formalisé des axes prioritaires de travail avec des plans d'actions respectifs. Un programme d'actions formalisé et priorisé est également validé par la Commission des Usagers (CDU). Ce programme, contenu dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins institutionnel, stipule pour chaque action l'acteur, les délais fixés et l'état d'avancement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il est confié à la directrice des relations avec les usagers, au médiateur médical et au médiateur paramédical. Leurs rôles et leurs responsabilités sont identifiés et définies dans une fiche de mission pilote Droits des patients, depuis le premier trimestre 2016. La CDU se réunit trois à quatre fois par an, dont la présence des représentants des usagers est notée. Elle est informée régulièrement des plaintes et réclamations, des résultats des enquêtes de sortie et du bilan des fiches d'événements indésirables. Un comité de promotion de la bienveillance existe également sur l'établissement présidé par un cadre supérieur de santé et la directrice de l'USLD/EHPAD. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont organisées. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. La réflexion éthique est définie et permet d'organiser les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins et prévue sur le centre hospitalier. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielle et documentaires pour atteindre les objectifs fixés. Un juriste assure le traitement des plaintes et des réclamations en collaboration avec la directrice des relations avec les usagers. Des besoins en formation sont identifiés : des actions sont prévues et suivies depuis 2010 sur la promotion de la bienveillance en USLD et depuis 3 ans sur l'ensemble de l'établissement. Les plans de formation annuels de l'établissement portent également sur la sensibilisation des soins palliatifs et des directives anticipées, la violence des patients psychiatriques, etc. Des procédures sont prévues, relatives au recueil de la personne de confiance, l'annonce d'un dommage lié aux soins, les soins psychiatriques sans consentement, la mise en place et surveillance d'une contention physique. Néanmoins, l'établissement n'a pas établi d'organisation pour permettre le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins. Les experts visiteurs ont pu remarquer qu'il n'existe pas d'organisation transversale formalisée sur le consentement éclairé favorisant l'implication du patient et, le cas échéant son refus de soins.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et des plans d'actions propres aux secteurs et aux services sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les représentants des usagers interviennent auprès de la Direction des relations des usagers et auprès de certains cadres supérieurs de santé. Depuis peu, un représentant des usagers vient d'être nommé président de la Commission Des Usagers et souhaite que les RU s'impliquent plus dans le pilotage qualité-gestion des risques et auprès des différentes instances de l'établissement. La mobilisation des équipes est assurée par le comité de promotion de la bienveillance. De nombreux travaux ont été réalisés par les membres notamment avec "la charte de bienveillance". Au niveau des services, les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur la thématique droits des patients. Ils informent également les professionnels sur les résultats des travaux et des actions développées. Ils s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment sur l'application du respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement. Des actions correctrices sont effectives en cas de besoin.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles dans les différents secteurs. Des compétences sont identifiées. Un groupe de réflexion éthique, piloté par un médecin formé, existe également sur l'établissement depuis 2013 qui se réunit quatre fois par an. Il est composé d'environ 25 personnes, qui sont des relais de ces sujets auprès des professionnels de santé. Ce groupe éthique est sollicité par les médecins sur des sujets divers comme la pose de gastrostomie, la limitation de traitement. Des formations sont menées dans le champ de la promotion des droits des patients et de la bientraitance: sensibilisation par les référents, visionnage des vidéos réalisées par l'établissement sur l'annonce d'un dommage lié aux soins. Une réunion de formation médicale, appelées jeudis de l'hôpital, a traité en octobre 2016 sur l'annonce d'un dommage lié aux soins et sur la limitation de soins et les directives anticipées. Le médecin qui pilote le groupe de réflexion éthique est titulaire d'un DU d'éthique. Il a réalisé une conférence sur la loi Léonetti ouverte à l'ensemble des professionnels. Les deux médiateurs ont suivis une formation sur les droits des patients et les rôles et missions de cette fonction. Les représentants des usagers peuvent suivre des formations par le biais du comité inter associatif de la région. Les procédures sont mises à disposition des professionnels via le portail intranet de l'établissement: information en cas de dommage associé aux soins, soins psychiatriques sans consentement, signalement d'un acte de maltraitance. Le livret d'accueil et le questionnaire d'enquête de sortie sont remis aux patients à leurs entrées. Le livret d'accueil comporte des nombreux points sur cette thématique: culte, personne de confiance, directives anticipées, informatiques et libertés, la transmission du dossier médical et la composition et missions de la CDU. Des brochures et plaquettes sont mises à disposition des professionnels et patients: charte du patient hospitalisé, charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance, information sur les cultes, charte de bientraitance réalisée par les membres du comité bientraitance en USLD. L'établissement possède des salons des familles pour l'entourage dans chaque unité, de nombreuses places de parking pour personnes handicapées. Une maison d'accueil pour les familles d'hospitalisés « l'oasis fleurie », est proposée pour l'hébergement de l'entourage des patients hospitalisés dans le CH de Saintonge. Des équipements comme les lits d'appoint sont prévus dans certains services, comme l'USLD, pour permettre à l'entourage d'être présent avec le patient et plus particulièrement en fin de vie du patient. Au niveau des conditions d'hébergement des patients, 85 % des chambres de l'établissement sont des chambres individuelles. Plusieurs services possèdent des chambres à 2 lits ayant des paravents ou des rideaux séparateurs. Lors des investigations terrains, le service de psychiatrie adulte HPCD possède deux chambres à deux lits sans paravent. Lors de soins, le patient est ainsi conduit dans la salle de bains commune ou le second patient est invité à sortir de la chambre. L'architecture du bâtiment a été pensée lors de sa construction en 2007 avec la mise en place d'un circuit distinct entre les patients dits "debouts" et les patients accompagnés par les ambulanciers internes et externes.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions définis pour la thématique "droits des patients" et celui de la CDU, les professionnels connaissent l'organisation définie. Ils mettent en œuvre des actions portant sur ce thème : bientraitance, participation du patient et de son entourage dans les projets personnalisés de soins en USLD et Oncologie. Les entretiens avec les professionnels des différents services, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont démontré la sensibilisation et l'attention des équipes au respect des droits des patients dont l'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients. Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles, conformément aux procédures écrites sur l'établissement. Par exemple, l'établissement a eu une réflexion importante, en lien avec le groupe de réflexion éthique, sur la mise en place du port de bracelet et la limitation de traitement. Les soins sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre, plus particulièrement en USLD. Les professionnels rencontrés lors des investigations terrain sont impliqués dans le comité de promotion de la bientraitance et le groupe de réflexion éthique. Ces dernières années, l'établissement s'est mobilisé et les patients sont informés par les professionnels de la possibilité de désigner une personne de confiance : affiche, formation, articles, etc. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée et tracée. Toutefois, la traçabilité du recueil du consentement éclairé, de la personne de confiance n'est pas garantie. Lors des investigations des audits de processus et des patients traceurs, les experts visiteurs ont pu constater que la traçabilité du recueil du consentement éclairé sur les actes à risques tel qu'au bloc opératoire et pour la radiothérapie, n'est pas réalisée. En hôpital de jour, la traçabilité du recueil de la personne de confiance n'est pas exhaustive. Lors des patients traceurs en oncologie et en gynécologie, il n'a pas été retrouvé de traçabilité du consentement éclairé dans le dossier du patient. En hôpital de jour, la traçabilité du recueil de la personne de confiance n'est pas exhaustive. Lors des patients traceurs en oncologie et en gynécologie, il n'a pas été retrouvé de traçabilité du consentement éclairé dans le dossier du patient.

## C / EVALUER

## EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : indicateurs, bilans d'activité de la CDU. Le Compte Qualité de la thématique « droits des patients » fait état de plusieurs indicateurs spécifiques mis en place comme par exemple le taux de retour des enquêtes de sortie et les résultats par questions, les indicateurs Hôpital Numérique, les résultats d'I-SATIS 2014. Plusieurs EPP sont engagées sur la prévention des risques liés au défaut d'organisation de l'information des patients hospitalisés ayant un examen d'imagerie médicale et l'évaluation de circuit et de la qualité de l'information donnée aux patients insuffisants rénaux avant dialyse.

## **A / AGIR**

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

À partir des résultats des évaluations, des indicateurs et de l'évaluation des risques, des actions d'amélioration issues du comité de promotion de la bientraitance, de la CDU, des pilotes « Droits des patients », du groupe de réflexion éthique sont mises en œuvre. Elles sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels par l'intermédiaire des groupes de travail et des comités, ainsi qu'aux instances, en particulier la CDU. Pour les usagers, la communication se fait par voie d'affichage et sur le site internet de l'établissement.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>L'établissement n'a pas établi d'organisation pour permettre le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.</p> <p>Les experts visiteurs ont pu remarquer qu'il n'existe pas d'organisation transversale formalisée sur le consentement éclairé favorisant l'implication du patient et, le cas échéant son refus de soins.</p>	11b
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La traçabilité du recueil du consentement éclairé, de la personne de confiance n'est pas garantie.</p> <p>Lors des investigations des audits de processus et des patients traceurs, les experts visiteurs ont pu constater que la traçabilité du recueil du consentement éclairé sur les actes à risques tel qu'au bloc opératoire et pour la radiothérapie, n'est pas réalisée.</p> <p>En hôpital de jour, la traçabilité du recueil de la personne de confiance n'est pas exhaustive.</p> <p>Lors des patients traceurs en oncologie et en gynécologie, il n'a pas été retrouvé de traçabilité du consentement éclairé dans le dossier du patient.</p>	11b

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

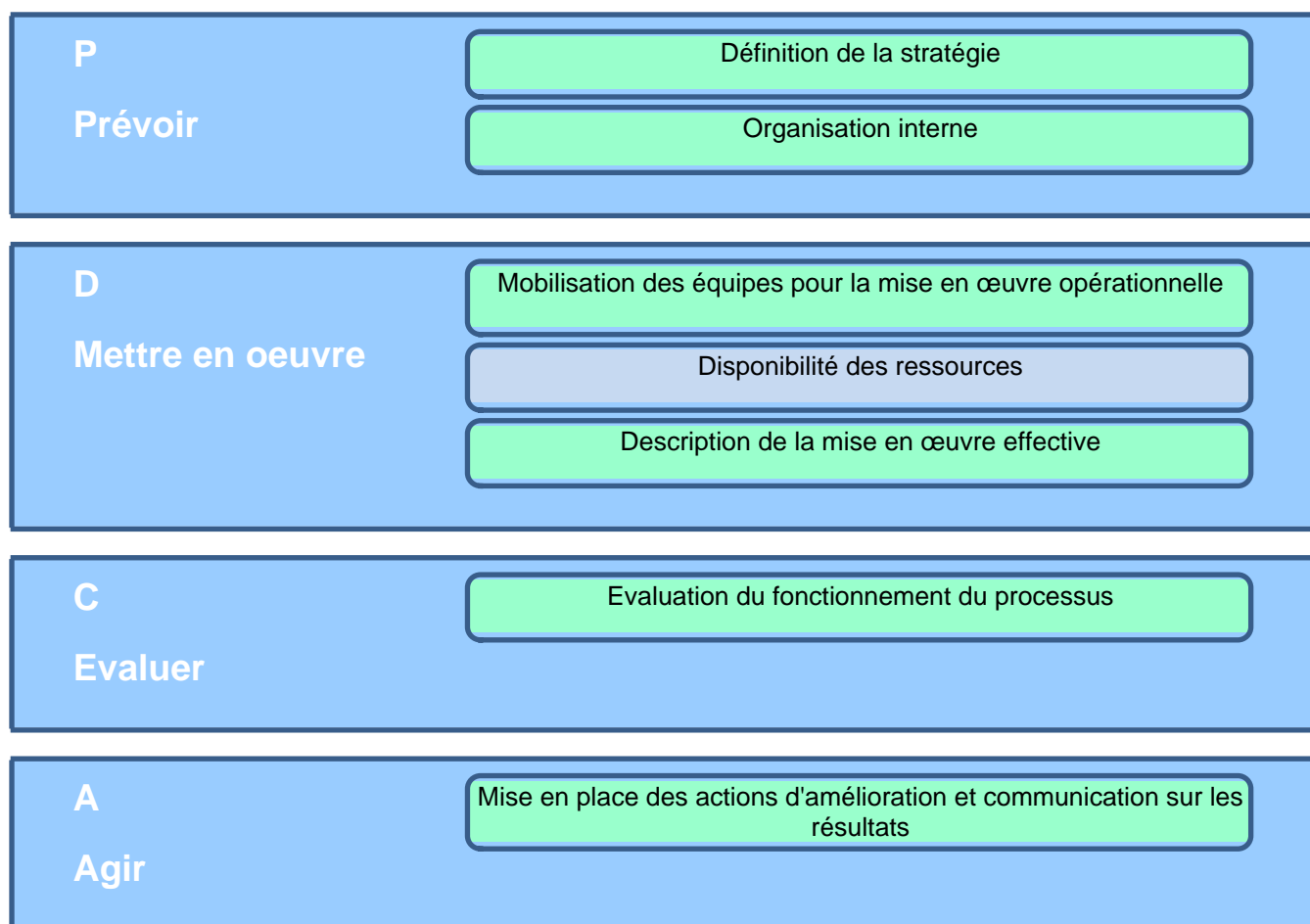
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le projet d'établissement 2011-2015 est arrivé à expiration. Pour autant, les objectifs généraux sont poursuivis. Dans le prolongement de la CHT précédente et à l'une de la création du GHT, les nouveaux éléments contractuels induisent un positionnement différent des patients sur le territoire et ces nouveaux paramètres sont intégrés dans la stratégie de l'établissement. Il existe ainsi, pour le parcours du patient, une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres au centre hospitalier de Sainte, prenant en compte les besoins de la population, définis dans le schéma de planification sanitaire régional et le futur projet médico-soignant de territoire. Dans ce contexte, l'établissement a fixé des axes prioritaires et a pris en compte le positionnement des partenaires externes (filière gériatrique, réseau ville/hôpital, conventionnement) ainsi qu'en interne des dispositifs permettant de fluidifier le parcours (PASS, EMG, équipe de liaison, HAD, etc.). Le centre hospitalier se structure ainsi autour des filières de prise en charge dans une optique de lien fort ville - hôpital. Il s'agit principalement de la filière gériatrique, de la filière oncologie, en santé mentale, de la filière réanimation - soins continus, de la maternité et des pathologies chroniques. Elles sont intégrées autour de l'organisation et de l'amélioration des prises en charge de l'offre de soins du territoire de santé, avec les autres centres hospitaliers (Royan, Saint Jean d'Angély, Jonzac) et de la construction du GHT. Pour élaborer sa stratégie, l'établissement a également pris en compte les résultats des différents audits internes et externes ainsi que les recommandations de la précédente certification, les IPAQSS et le CPOM. Des adaptations à l'environnement sont mises en œuvre par des modalités de prise en charge différenciées (HDJ, HDS, HAD, etc.) même si la stratégie n'est pas encore formalisée par un écrit dans l'attente de l'élaboration du PMT. L'établissement a identifié les risques inhérents au parcours du patient qui ont été validés par les instances concernées, ainsi que les plans d'actions, formalisés et priorisés, s'y rapportant.

**ORGANISATION INTERNE**

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires, nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé pour les filières identifiées et priorisées. Le pilotage institutionnel est assuré par le chef d'établissement, la coordonnatrice des soins et la présidente de la CME. Le pilotage opérationnel du processus "parcours patient" est moins lisible sur l'établissement. En effet, l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins est imparfaitement réalisé du fait du nombre important des pilotes opérationnels (9) dédiés au processus "parcours patient", ce qui ne permet pas un pilotage effectif. Les risques liés aux interfaces entre secteurs d'activité ne peuvent dans ces conditions être correctement traités. Eu égard à son activité, l'établissement a déterminé des effectifs adaptés pour mettre en œuvre sa stratégie. Il a aussi mis en place des équipes mobiles de professionnels permettant une prise en charge complète des patients (EMG, équipe de liaison, équipe de rééducation en cours, équipe mobile d'addictologie, nutritionnistes, ASE, etc.). Les effectifs ainsi que les modes de fonctionnement (organisation du travail) permettent de garantir la continuité des soins (gardes et astreintes). La diversité des spécialistes présents dans l'établissement permet de recourir à des avis spécialisés dans une organisation garantissant la qualité de la prise en charge des patients.

Le programme de formation est élaboré à partir du recueil des besoins exprimés par le personnel ainsi que les orientations stratégiques de l'établissement (prise en charge de la douleur, promotion de la bientraitance, prévention du risque suicidaire, éducation thérapeutique du patient, prévention de la dénutrition, urgences vitales, etc.). L'organisation interne de l'établissement, par la grande diversité des formes de prise en charge proposées, répond aux besoins du bassin de population. (HC, HDJ, HDS, chirurgie ambulatoire, HAD, etc.). Le système de gestion documentaire est connu, accessible au sein du portail de l'établissement, et utilisé par les professionnels. Il comprend des procédures institutionnelles de bases garantissant la qualité de la prise en charge du patient (procédures pour la prise en charge de douleur, bientraitance, etc.). Les ressources matérielles sont disponibles et font l'objet d'un plan d'équipement et de maintenance, et répondent aux besoins de la population spécifique (enfant, personnes âgées et en situation de handicap, psychiatrie), avec notamment la présence de nombreuses chambres individuelles. L'accès à l'information nécessaire à la prise en charge des patients repose sur des supports écrits (dossiers papiers) et des données informatisées (PACS – RIS, prise de constantes, etc.). Cette informatisation des données fait l'objet d'un programme d'installation progressive dans l'ensemble des services, identifié dans le schéma directeur informatique validé par les instances de l'établissement. La circulation d'information entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs est organisée. Les demandes de résultats de laboratoire ainsi que d'imagerie médicale sont effectuées via le réseau interne informatisé. La gestion des interfaces entre les urgences et les autres services cliniques a fait l'objet d'un groupe de travail visant à réguler les périodes de tension de l'activité. Ce travail a abouti à l'élaboration de logigrammes d'aide à la décision en matière d'hospitalisation.

## D / METTRE EN OEUVRE

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'encadrement des pôles et des unités organise la déclinaison des processus pour chaque prise en charge. La mobilisation des équipes s'appuie sur des démarches d'amélioration au sein des secteurs portant sur l'organisation des parcours (organisation de la sortie des patients, prise en charge de l'urgence vitale, réunions de concertation pluri-professionnelle sous forme de staffs hebdomadaires, participation à l'élaboration de procédures ou de groupes de travail répondant aux objectifs institutionnels). Les responsables des secteurs informent et sensibilisent les équipes sur les priorités institutionnelles sur le fonctionnement du processus concernant leur secteur au regard des risques identifiés. Des évaluations sont régulièrement organisées sur la base d'indicateurs spécifiques au secteur d'activité. Leurs résultats sont colligés par le service qualité et transmis aux services concernés. Les équipes sont également mobilisées dans le cadre de la mise en place d'actions correctives relevant de leur secteur (actualisation des processus) même si on relève une certaine hétérogénéité des pratiques dans ce domaine.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, en matériel et en documentation sont disponibles sur l'ensemble des secteurs du centre hospitalier. Les professionnels suivent des formations: évaluation de la douleur, éducation thérapeutique, risque suicidaire, etc. La gestion documentaire (procédures, protocoles, formulaires actualisés et validés) est mise à disposition des équipes via la GED, accessible sur le portail numérique de l'établissement. Elle est connue et utilisée par les professionnels rencontrés. La communication autour des nouveaux documents est effectuée via une alerte par mail, relayée par l'encadrement des services investigués. Concernant l'HAD, plusieurs documents sont établis et remis à l'ensemble des patients et des professionnels libéraux intervenant dans ce mode de prise en charge. Les chariots d'urgence vitale sont présents dans les secteurs investigués et une organisation définie permet d'en assurer un contrôle régulier et effectif par les professionnels. Le matériel informatique répond aux besoins des utilisateurs en terme d'ergonomie et de disponibilité au fur et à mesure du déploiement du DPI. Le plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement et le matériel spécifique identifié comme nécessaire à la prise en charge est mis à disposition des services et actualisé (ex : nombre et type de brancards aux urgences). De même les locaux sont adaptés aux activités inhérentes à l'établissement et à l'exercice professionnels des agents.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les services appliquent l'organisation définie pour optimiser le parcours du patient dans le cadre d'une hospitalisation programmée ou d'une entrée non programmée par le biais des urgences. Les professionnels respectent les procédures établies. La coordination interne des professionnels entre les secteurs médicaux et paramédicaux repose sur des temps de transmission journaliers effectifs entre les équipes, des transmissions écrites dans le dossier, des staffs, des réunions de service en équipe et des groupes de travail. Cependant, les modalités de transmission d'informations sur les patients entre les secteurs d'activité, bien qu'elles soient définies, ne sont pas appliquées systématiquement. Il a ainsi été constaté lors d'un patient traceur, la situation d'un malade présent dans un service de l'établissement et dont le dossier ne traçait pas un passage préalable aux urgences pour la même pathologie. La coexistence de deux formes de dossiers distinctes, l'une informatisée, l'autre sur support papier en est à l'origine. Ce risque avait bien été identifié par l'établissement et des mesures "barrières" avaient pourtant été mises en place mais non respectées à cette occasion. La coordination avec les services extérieurs, les modalités d'information sont assurées par relation directe téléphonique, transmission de courriers et de documents utiles du dossier en cas de consultation, communication d'une fiche de liaison adaptée à la prise en charge (spécifique en psychiatrie par exemple). Les résultats des examens de laboratoire et d'imagerie sont accessibles par les prescripteurs sur le réseau informatique de l'établissement (existence d'un PACS et d'un RIS pour l'imagerie). La permanence des soins est organisée et coordonnée grâce à des règles de présence institutionnelles reprises par les différents plannings des professionnels. Le système d'astreinte est opérationnel. Les tableaux des gardes et astreintes sont validés par les chefs de pôle. La procédure et les numéros de téléphone intra et extra dédiés à la prise en charge de l'urgence vitale sont connus et appliqués par les professionnels. La réponse en soins à destination des populations spécifiques est assurée en interne avec le recours à des avis spécialisés auprès des différents spécialistes présents dans l'établissement, parfois de manière pluridisciplinaire quand la situation le nécessite. La situation des « grands ados » par exemple, présentant des difficultés de prise en charge en service de pédiatrie (troubles du comportement notamment), fait l'objet d'une approche spécifique regroupant pédiatres, psychiatres, pédo-psychiatres et urgentistes afin de déterminer les lieux d'hospitalisation adaptés à la situation. Dans le service même de psychiatrie, la prise en charge somatique des patients est assurée grâce à la présence spécifique d'un médecin. Dans le cadre des activités de soins de suite et de réadaptation, les médecins rééducateurs effectuent une visite de préadmission directement dans les services adresseurs afin de valider le parcours proposé et d'identifier les modalités de prise en charge.

Des réunions d'équipe sont animées de manière régulière par l'encadrement faisant l'objet de compte rendus diffusés au personnel. Chaque secteur investigué a élaboré sa procédure d'accueil personnalisée qui mentionne les intervenants à toutes les étapes du parcours du patient. Cet accueil comprend une information du patient sur les conditions de sa prise en charge, réitérée au décours du séjour. En matière d'identitovigilance, l'établissement a mis en place un groupe de travail transversal aboutissant à la mise en place effective d'un bracelet d'identification dans des situations spécifiques. La prise en charge initiale du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé, tracée dans le dossier. Elle est réajustée périodiquement durant le séjour (évaluation de la douleur, du risque nutritionnel, du risque de chute, d'escarres, du risque suicidaire, etc.). Les projets de soins sont personnalisés en concertation avec le patient et son entourage. La prise en charge fait l'objet d'une évaluation en continu réactualisée lors de bilans réalisés en staffs hebdomadaires pluridisciplinaires et tracés dans le dossier, ce qui permet l'ajustement des traitements et du projet en concertation avec le patient. L'établissement a organisé le recours aux avis spécialisés quelque soit le parcours du patient. Ainsi, l'équipe de liaison en psychiatrie et le psychiatre de garde permettent d'assurer la prise en charge de cette spécialité dès l'entrée aux urgences avec un engagement de réponse dans les deux heures. De même, plusieurs filières de prise en charge sont identifiées au départ des urgences (pédiatrie, gériatrie, gynécologie, psychiatrie). Les risques nutritionnels, suicidaires et d'escarres sont pris en compte. La mesure de l'IMC du patient à son admission et au cours de l'hospitalisation est généralisée et tracée. Le risque suicidaire fait l'objet d'une formation institutionnelle déclinée sur le terrain et fait l'objet de groupes de travail institutionnels tout comme la prévention des escarres. Des actions d'éducation thérapeutiques ciblées sont effectivement mises en œuvre. Certaines d'entre elles s'inscrivent dans le processus d'actions labellisées telles que l'école de l'asthme et la dispensation de traitement par chimiothérapie orale. La sortie est organisée dès que possible en concertation avec les acteurs internes et externes. Une fiche de liaison est établie et communiquée aux partenaires concernés. L'ensemble des documents utiles à la continuité de soins est remis au patient (ordonnances, courrier de sortie) en dehors des secteurs de psychiatrie. Les délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et les remises de traitement sont hétérogènes selon les différents services de l'établissement, illustrés par une moyenne globale d'indicateurs de valeur faible. Les interfaces entre les services et les établissements amont et aval ainsi qu'avec la médecine libérale sont assurées. Pour l'hospitalisation à domicile qui recourt à un nombre important de professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes), une charte de fonctionnement et un règlement intérieur fixent les rôles et responsabilités des différents intervenants internes et externes de l'établissement. Des conventions signées avec chacun des intervenants libéraux reprennent ces dispositions afin d'assurer une cohérence de la prise en charge.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sur la base d'outils identifiés, sur la thématique du parcours du patient. L'évaluation est assurée de façon régulière par le service qualité sur la base d'indicateurs, de suivi des EPP, de l'analyse des déclarations d'événements indésirables ainsi que des résultats de « very-quick audits » sur la tenue des dossiers et la traçabilité des éléments relatifs aux différentes étapes de la prise en charge du patient. Une planification d'audit spécifiques et ponctuels est assurée (conformité des chariots d'urgence par exemple). Par ailleurs, l'établissement vient de mettre en place l'utilisation de la technique du patient traceur comme outil d'évaluation du processus parcours du patient. Un dispositif de formation et d'accompagnement des professionnels a effectivement été mis en œuvre. Les indicateurs Hôpital Numérique sont en place. Les indicateurs nationaux IPAQSS sont suivis comme la traçabilité de l'évaluation de la douleur classe B en MCO classe A en SSR et classe C en HAD, le dépistage des troubles nutritionnels: classe A en SSR, classe C en MCO, en santé mentale et HAD et la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, hygiène de vie après un infarctus du myocarde, etc. Il existe des plans spécifiques aux secteurs d'activités suivis par les responsables des services. Ils sont rattachés au compte qualité. Les résultats sont présentés aux instances. Le retour aux équipes est effectué.

## A / AGIR

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

Les actions d'améliorations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Les résultats des évaluations font l'objet d'analyses donnant lieu à la mise en place d'actions correctives sur les différents champs du processus « parcours patient ». On relève notamment la mise en place d'une filière courte aux urgences, du développement de la prise en charge en ambulatoire, du développement de l'HAD. La communication sur les actions d'amélioration est assurée auprès des professionnels et des usagers à

partir de différents supports : journal interne trimestriel, rapports d'activité mis à disposition dans les unités, réunions institutionnelles et de secteur avec affichage des compte rendus, affichages spécifiques notamment des indicateurs.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les modalités de transmission d'informations sur les patients entre les secteurs d'activité, bien qu'elles soient définies, ne sont pas appliquées systématiquement.</p> <p>Il a été constaté lors d'un patient traceur, la situation d'un malade présent dans un service de l'établissement et dont le dossier ne traçait pas un passage préalable aux urgences pour la même pathologie. La coexistence de deux formes de dossiers distinctes, l'une informatisée, l'autre sur support papier en est à l'origine. Il a toutefois été constaté que ce risque avait bien été identifié par l'établissement et des mesures "barrières" avaient pourtant été mises en place mais non respectées à cette occasion.</p>	18a

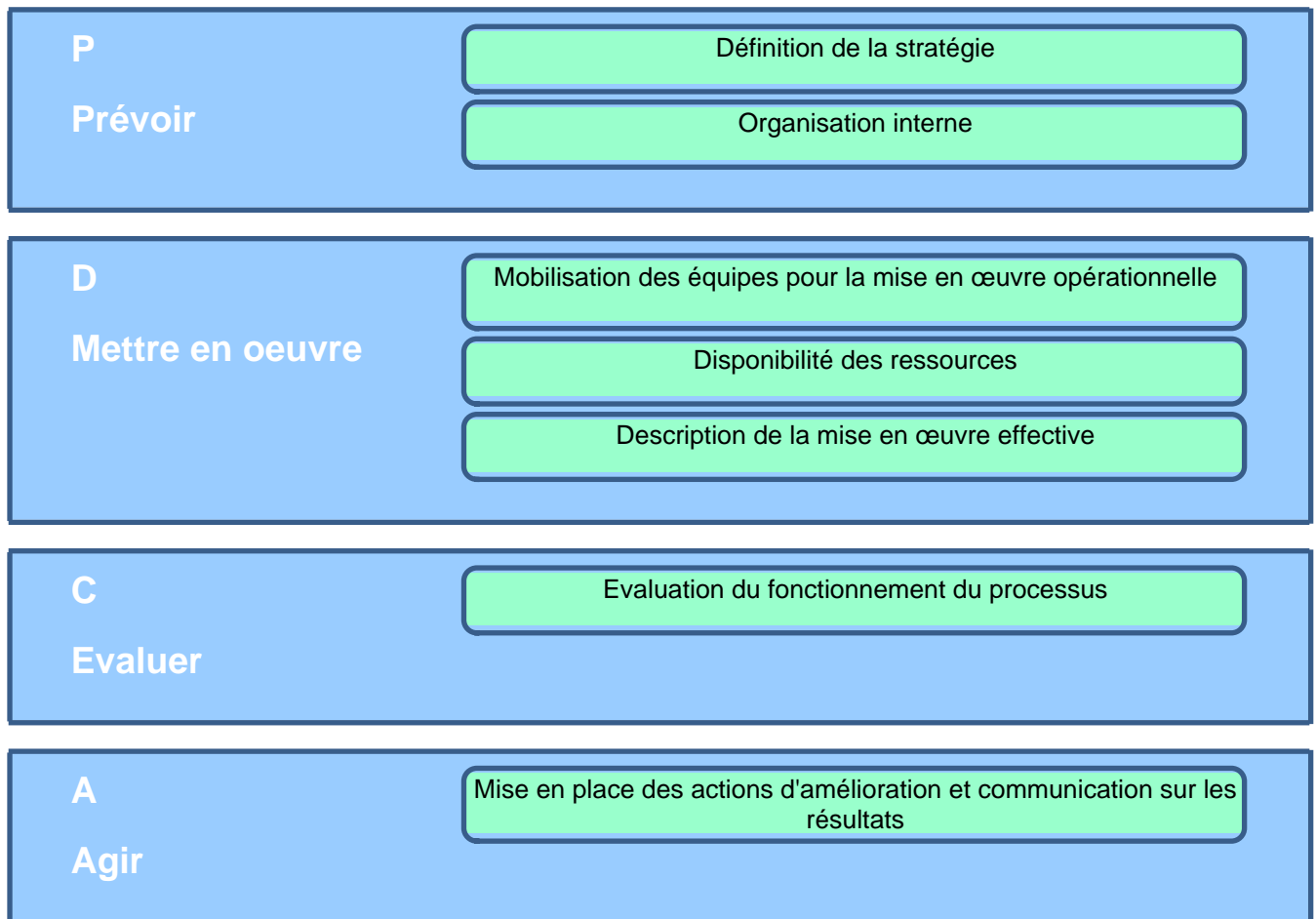
# DOSSIER PATIENT

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de Saintonge à Sainte a élaboré une stratégie et des objectifs quant à la gestion du dossier sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique institutionnelle est centrée sur la maîtrise de l'ensemble des étapes de gestion du dossier du patient de sa création à son archivage. Ces enjeux stratégiques sont retrouvés dans le projet d'établissement 2011-2015, non réactualisé et dans le schéma directeur informatique. Ils portent sur la mise en place d'une infrastructure matérielle, logicielle et organisationnelle garantissant la continuité, la sécurité et la confidentialité de l'activité médicale et soignante via le système d'information. L'informatisation du Dossier patient informatisé est engagée avec le logiciel administratif, l'acquisition de plusieurs logiciels métier et l'implantation progressive du dossier médical et para médical. Certains services ont encore le dossier patient sous format papier partiel ou total, d'autres sont des services pilotes pour le dossier patient informatisé. Coexistent donc du support papier et du support informatique dans l'établissement. Le secteur des urgences utilise un logiciel spécifique, interfacé avec le dossier patient commun. Les risques identifiés ont été priorisés dans le PAQSS qui comporte un axe spécifique sur le dossier patient. Ils font l'objet d'un plan d'actions, décliné dans le PAQSS et identifiant les responsables de chaque action, les objectifs, les échéances. Les données exploitées pour définir ce plan d'actions sont issues principalement de l'analyse des fiches d'événements indésirables, les résultats des IPAQSS transversaux et spécialisés, des recommandations de la certification V2010 portant sur le dossier patient. Le Compte Qualité comporte dix-sept actions, toutes en cours ou non initiées et sept risques. L'ensemble de cette stratégie est validée par les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation afin d'assurer le pilotage du processus. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés dans une fiche stratégie du processus "dossier patient". Un groupe de pilotage « dossier patient » pluridisciplinaire a été créé en octobre 2016. La responsabilité s'appuie sur le COPIL SDSI dont les décisions portent sur les droits et les habilitations des utilisateurs du DPI, sur le calendrier de déploiement et l'arbitrage sur le paramétrage de l'outil informatique. La mise en œuvre opérationnelle du déploiement de l'informatisation repose sur le groupe Projet DPCI. Il est composé du service informatique, de référents médicaux, d'experts ponctuels comme un pharmacien et de la Direction des Soins. Les plans de formation prévoient des formations en relation avec le processus, dont des formations obligatoires notamment sur l'utilisation du dossier patient informatisé, et encore des formations selon les catégories professionnelles. Les besoins en matériels, logiciels et équipements informatiques sont identifiés. Les règles de gestion du dossier patient, les règles de circulation, les règles d'organisation du dossier ainsi que les procédures concernant les responsabilités, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile, l'archivage, sont formalisées et diffusées via le système de gestion documentaire informatisé. L'utilisation du mode dégradé est décrite et prévue. L'accès du patient à son dossier et les droits afférents est organisé et formalisé. L'information est dispensée dans le livret d'accueil. Le pilotage du dossier patient s'inscrit dans le système de pilotage du système d'information du centre hospitalier de Saintonge. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activités. La communication des éléments du dossier est réalisée entre les différents intervenants de la prise en charge. Les résultats d'examen (laboratoire, Imagerie) sont accessibles en direct sur le réseau.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le management des secteurs d'activités s'est saisi des enjeux liés au dossier patient en lien avec les orientations stratégiques., ce qui permet la déclinaison des objectifs et des plans d'actions opérationnels spécifiques. L'encadrement sensibilise les professionnels sur les risques identifiés et s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment le respect des procédures, protocoles, consignes. Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein des secteurs. Les cadres informent les professionnels des résultats des IPAQSS. Pour les médecins, l'information sur ces indicateurs est présentée en CME. Des actions correctives sont mises en place en cas de non-maîtrise des pratiques ou dysfonctionnement constaté.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'accompagnement est assuré pour tous les outils et pour tous les professionnels au sein des différents secteurs. Un accent particulier est porté sur la réglementation, et la disponibilité de la cellule dédiée DPCI

24h/24 7j/7 pour l'accompagnement. Chaque intervenant dans le dossier du patient dispose d'un code. Les formations à l'utilisation du dossier patient sont obligatoires pour tous les personnels permanents ou non, y compris les nouveaux arrivants. Ils reçoivent un code d'accès et dont l'habilitation dépend de leur fonction. Le mot de passe est changé tous les trois mois. L'accompagnement médical (dont les internes) sur toutes les fonctionnalités est dispensé par la cellule DPCI par un accompagnement de deux à trois semaines. D'autres formations des utilisateurs sont dispensées par catégorie professionnelle : formations « plan de soins/DPI », formation au logiciel des urgences destinés aux IDE et aux AS. Les locaux d'archives permettent le stockage de tous les dossiers en file active. L'accessibilité aux dossiers 24h/24 est assurée. Les archivistes sont formés à l'identitovigilance. Un logiciel de suivi du dossier patient permet de connaître de façon précise la localisation du dossier en temps réel. Un système de codes barres est utilisé pour les entrées et sorties des dossiers au niveau des archives. Le parc informatique répond aux besoins des utilisateurs en termes de quantité et de qualité : postes informatiques nomades, sur les chariots de soins et fixes dans les salles de soins. Leur sécurité, leur maintenance préventive et curative sont assurées. Les informations contenues dans le dossier informatisé sont sécurisées et sauvegardées. Un ordinateur dédié permet l'enregistrement permanent des informations, son positionnement est connu de tous (salle de soins). Le Plan de Reprise d'Activité est en place. Le déploiement informatique est organisé avec un accompagnement pendant trois semaines et un point post déploiement avec les utilisateurs. Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité. De nombreuses procédures existent: gestion du dossier unique patient, règles de circulation du dossier unique papier, règles d'organisation du dossier commun patient, règles des gestion du dossier toilette patient, nombreuses fiches codifiées pour la reprographie, procédures de mode dégradé des trois logiciels (urgence, établissement et archives). Des guides sont à disposition des professionnels, complétés par les procédures, protocoles, fiches réflexes et règles de continuité des prescriptions médicamenteuses, etc. adaptés aux différentes situations et en fonction des habilitations respectives. Tous les documents sont à disposition des professionnels sur l'intranet.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des différents secteurs connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie. Ils appliquent les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient via son dossier : les règles d'identitovigilance aux bureaux des admissions de chaque unité sont respectées par la demande d'une pièce d'identité. Le patient peut faire la demande d'une identité confidentielle lors de son passage dans l'établissement. Le dossier est informatisé à l'exclusion du secteur USLD, de la HAD, de la réanimation - soins continus, du dossier transfusionnel. Dans les secteurs audités, les documents persistant sous format papier sont tous étiquetés au nom du patient et les acteurs de soins sont identifiables (initiales, noms, signatures déposés). Pour faciliter la transition vers le dossier totalement informatisé, il n'y a pas de redondance sur les supports, l'information est soit manuscrite, soit saisie sur le logiciel ad hoc. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La transmission des informations en temps utile nécessaire à la continuité de la prise en charge répond aux besoins des utilisateurs via le DPI. En cas d'admission par le service des urgences, les informations contenues dans le logiciel du SAU sont transmises sous format papier (pour les services non encore informatisés) mais visibles également sur le logiciel commun. L'impression des pièces du dossier patient est ainsi en place pour assurer la continuité de la prise en charge du patient, tant entre les services de soins au sein de l'établissement que lors d'un transfert du patient vers une autre structure de soins : transmissions ciblées, ordonnance de sortie, observations médicales, fiche de liaison. Le dossier est renseigné par les différents intervenants durant le séjour, permettant une coordination entre les différents professionnels. La traçabilité des actions et des activités constitutives de la prise en charge en temps réel est assurée. Les patients sont informés via le livret d'accueil de la possibilité de demander l'accès à leur dossier. Les délais de mise à disposition de son dossier au patient sont conformes à la réglementation. Le délai moyen de communication des dossiers de moins de cinq ans s'est fortement réduit, passant de 8 jours en 2012 à 3 jours en 2015. Pour les dossiers de plus de cinq ans, ce délai est passé de 10 à 3 jours sur la même période. La gestion des doublons est quotidienne. Par ailleurs la traçabilité des IQSS (tenue du dossier, douleur, identitovigilance, troubles nutritionnels) est vérifiée, ainsi que le confirme l'examen des dossiers des patients traceurs.

#### 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 (IPAQSS, quick audit, suivi du délai de demande d'accès au dossier patient. Un audit technique portant sur un test d'intrusion a été réalisé par la DSI en décembre 2015. Tous les indicateurs sont suivis et la valeur de l'ensemble a progressé entre 2011, 2014 et 2016. Seul la tenue du dossier patient en HAD a une chute significative, passant d'une classe A à C de 2011 à 2016. L'établissement recueille les indicateurs hôpital numérique dont la publication de compte-rendus d'hospitalisation dans le DMP, le taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les CR, les traitements de sortie et les résultats de biologie et le taux de séjours pour lequel le dossier patient informatisé a été mis à jour et



contient le CRH.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans les secteurs d'activités et pilotés par les acteurs concernés et l'encadrement des services : poursuite du déploiement de l'informatisation du dossier patient comme l'informatisation de l'observance médicale, de la prescription connectée d'imagerie dans certains services (urgences adultes et pédiatriques, pédiatrie, néonatalogie). Ces actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les indicateurs sont publiés sur internet, intranet, affichées dans le hall d'accueil et présentés en instances : CME, commissions de soins et auprès de l'encadrement.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

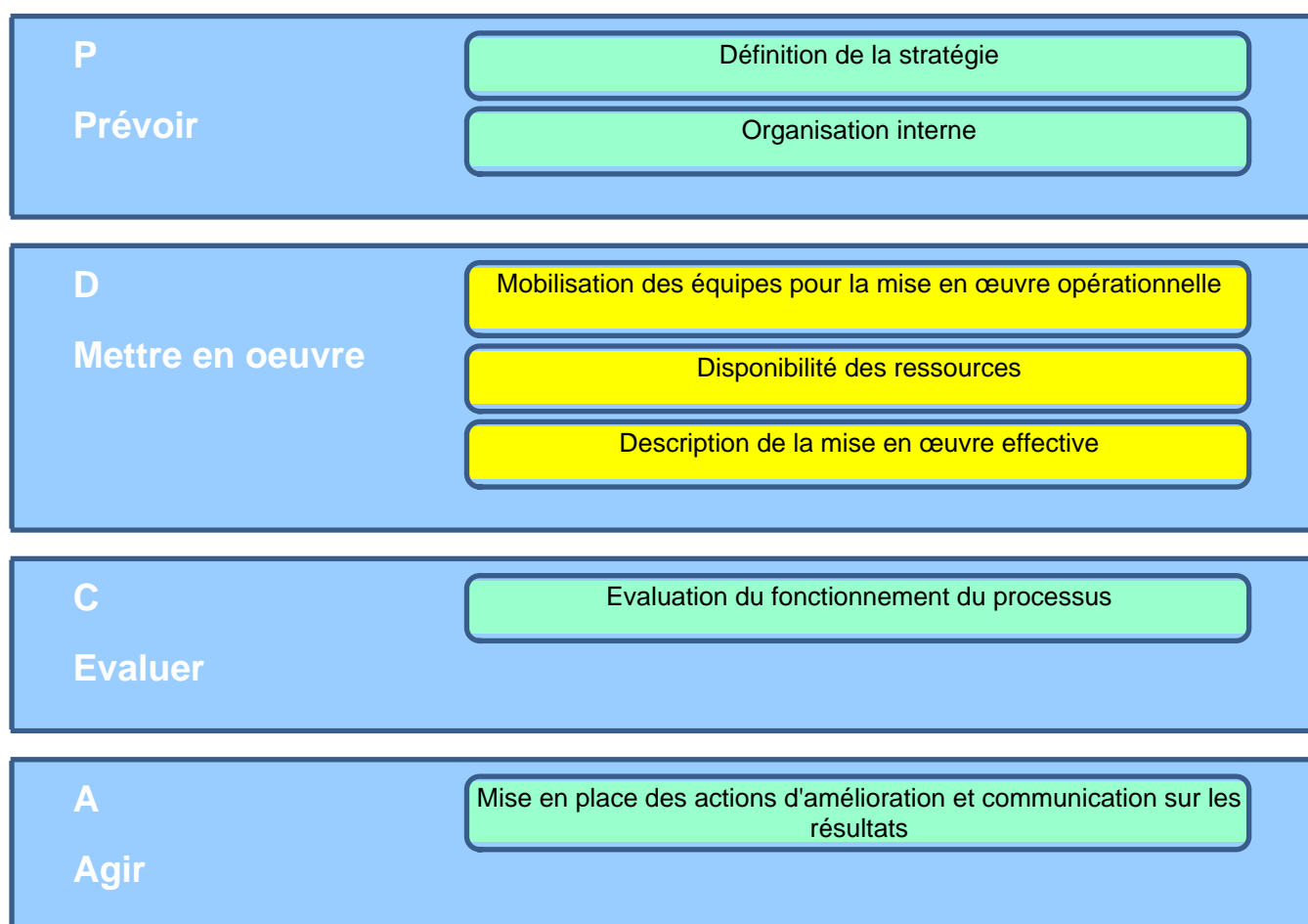
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La sécurité et l'efficacité du circuit du médicament est une préoccupation majeure de la politique du centre hospitalier de Saintonge tant pour les enjeux en termes de qualité et sécurité des soins que pour des enjeux économiques. La mise en œuvre du contrat du bon usage du médicament (CBUM) est une des thématiques identifiées de la politique qualité. La stratégie choisie et les objectifs visent la poursuite de l'informatisation du circuit du médicament au sein des unités d'hospitalisation ainsi que la maîtrise des risques: sensibilisation et formation des professionnels, iatrogénie, personnes âgées, mises en conformité de la prescription, amélioration de la dispensation et de l'administration pharmaceutique, lutte contre les erreurs médicamenteuses, développement de la conciliation médicamenteuse, déclinaison dans les pôles. La politique qualité gestion des risques a également priorisée l'amélioration de la gestion de la prise en charge médicamenteuse pour assurer le suivi de la V2010 (recommandations 20a et 20a bis, 20 b en santé mentale). Le COMEDIMS assure le pilotage du processus du management en collaboration avec le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le pharmacien responsable de la pharmacie. La stratégie est déclinée sous la forme d'un programme d'actions, avec des objectifs définis. Les besoins ont été identifiés. Ils ont permis d'élaborer la cartographie puis l'analyse des risques avec une priorisation et une hiérarchisation. L'analyse des risques a posteriori est également réalisée à partir du traitement des événements indésirables graves. Ces éléments, constitutifs du programme d'actions, alimentent le PAQSS et le compte qualité. La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est incluse dans cette stratégie. La prise en charge médicamenteuse en HAD est également intégrée. Cette stratégie est validée par les instances concernées (CEM, CSIRMT, Conseil de Surveillance et COMEDIMS). Le programme d'actions est formalisé et priorisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation pour piloter le processus de la prise en charge médicamenteuse est en place sur l'établissement. Elle s'appuie sur le COMEDIMS, le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse, les travaux de l'OMEDIT et le Comité des Anti Infectieux. L'organisation de l'Unité de Reproduction des Cytotoxiques est également décrite dans le manuel qualité. L'organisation en HAD est prévue dans cette organisation, en lien avec des procédures. L'organisation, en fonction des risques identifiés et des besoins en découlant, a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires. La responsabilité du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est assurée par le pharmacien chef de service. Le pilotage est assuré par le responsable du management de la qualité de la PECM également, président du COMEDIMS et le Cadre Supérieur de Santé du pôle. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés dans une fiche "stratégie prise en charge médicamenteuse du patient" où il est précisé leurs missions quant au pilotage du processus de la PECM. Cette fiche fixe les axes prioritaires. Le COMEDIMS assure le pilotage opérationnel. Il comprend son président, le responsable de la PECM, le coordonnateur des risques associés aux soins, le directeur des soins et le directeur qualité. Il s'ajoute une commission des anti infectieux. Des actions de sensibilisation et de formation à la iatrogénie médicamenteuse et aux risques d'erreurs médicamenteuses viennent d'être prévues pour les professionnels médicaux et paramédicaux, dans le plan de formation 2017. Pour les nouveaux arrivants, une journée d'accueil est organisée, reprenant ces items, et spécifiquement une formation à l'utilisation du dossier patient informatisé. L'accessibilité aux documents nécessaires à la PECM est organisée. La gestion documentaire est organisée autour d'un logiciel de gestion documentaire. Les modalités de sécurisation de la dispensation sont définies. La dispensation est organisée pour favoriser la délivrance nominative. Les règles d'administration sont définies. Il est également prévu des procédures formalisées concernant les règles de prescription et de délivrance des médicaments. Un guide spécifique relatif à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée est identifié. L'ensemble peut être retrouvé dans la gestion documentaire. La traçabilité des étapes de procédure est organisée ainsi que les modalités de transport, en particulier pour les anticancéreux, en HAD et les stupéfiants. Les conditions de préparation des traitements anti cancéreux sont définies et organisées. La gestion du traitement personnel est prévue. Une liste de médicaments à risque est formalisée, comprenant en particulier les antibiotiques, cytotoxiques, stupéfiants, prescriptions chez le sujet âgé. La permanence pharmaceutique est organisée avec une dotation suffisante pour les besoins urgents. Un dispositif d'astreinte pharmaceutique est en place. Il existe un plan de maintenance, travaux, achats, pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements. Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse intégré au système d'information, avec un déploiement en cours. Actuellement sur l'ensemble de l'établissement, les services non informatisés restent l'USLD (informatisation programmée en fin d'année), la spécialité chirurgicale de chirurgie urologique, la réanimation - soins continus et la HAD. La gestion des interfaces et des circuits est définie et facilite la concertation des professionnels entre eux, en lien avec les secteurs d'activités, la direction des soins et le service qualité.

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres aux secteurs d'hospitalisation de la prise en charge médicamenteuse et de la prise en charge des patients sous chimiothérapie sont établis en déclinaison du programme d'actions institutionnel du processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers des audits du dossier (prescription, administration, etc.), la visite des armoires de pharmacie des unités, le contrôle aléatoire de conformité des piluliers par rapport au respect de la prescription médicale, la validation pharmaceutique, des audits liés au CBUM, ainsi que des plans d'actions liés à la cartographie des risques à priori. De cette sorte, les actions correctrices envisagées sont celles déterminées par les résultats des audits et dans le cadre des risques à priori. Les professionnels sont sensibilisés par les cadres de santé et également la pharmacie qui est présente dans les services via des préparateurs et des pharmaciens référents par service ou par secteur. Sur le secteur de l'USLD, le dispositif CREX est actif et connu des professionnels. Néanmoins, le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont partiellement assurés avec les professionnels concernés. Il arrive que des professionnels participent au recueil des événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses et à leur analyse, mais cette participation se décrit au fil de l'eau. La mise en place de CREX existe uniquement pour les événements indésirables graves pour lesquels, dans ce cas, un retour est réalisé. Des actions correctrices sont alors envisagées. Les experts visiteurs ont pu remarquer le peu de retour d'événements indésirables liés au circuit du médicament (entre 350 et 400 déclarations au total sur l'ensemble de l'établissement). Lors de l'entretien avec le pharmacien et le cadre supérieur du pôle, pilotes du processus, ceux-ci ont confirmé un manque de déclaration des risques liés aux erreurs médicamenteuses et une sous exploitation, en conséquence, des analyses possibles et d'un retour auprès des professionnels. Les infirmiers, dans les services de soins, expliquent mal connaître, voire ne pas connaître, le dispositif de CREX. Ils disent aussi ne pas avoir de retour lors de déclarations de fiche d'événement indésirable liée au médicament.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines nécessaires sont disponibles et adaptées aux besoins. Les préparateurs en pharmacie bénéficient d'une formation spécifique à la préparation et au reconditionnements des cytostatiques. Une sensibilisation auprès des nouveaux arrivants est menée sur l'établissement (journée dédiée) et grâce à la présence journalière d'un préparateur en pharmacie dans chaque service de soins et d'un pharmacien référent par service. A l'UPC (Unité de Production des Cytotoxiques/Unité de Production des Cytotoxiques), les préparateurs sont en capacité d'assurer chaque poste, ce qui permet de palier à toutes situations d'absence et maintenir toutes les compétences disponibles. Cependant, les professionnels ne bénéficient pas de formation spécifique à la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels n'ont pas suivi de formations relatives à la prise en charge médicamenteuse ni de formation relative au risque lié aux erreurs médicamenteuses. Les experts visiteurs ont pu voir que, sur les plans de formation en 2015 et en 2016, aucune formation n'a été identifiée spécifiquement. L'établissement vient d'identifier dans son plan de formation 2017 un item sur la sécurisation du circuit du médicament. Lors des visites dans les unités, les infirmiers n'ont pas indiqué avoir suivi, récemment de telles formations. Cet item a fait l'objet d'une recommandation lors de la précédente itération. Les ressources documentaires sont disponibles dans les services. Les professionnels ont accès à l'ensemble des procédures au moyen du système informatique de gestion documentaire. Les fiches de postes des préparateurs et du pharmacien sont formalisées et mises à disposition des professionnels. Une approche spécifique pour les personnes âgées est existante, avec un guide spécifique à destination des professionnels dans les services de soins. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies et diffusées. Des documents d'information patients sur le bon usage des médicaments sont disponibles (gestion du traitement personnel, programme éducation thérapeutique chimiothérapie orale). Les outils d'aide à la prescription et administration sont mis à disposition des prescripteurs, par accès informatique. Cependant, le logiciel de prescription-administration ne permet pas d'assurer la confidentialité des données du patient. Lors de l'administration des médicaments, la mise en veille automatique du logiciel de prescription - administration n'est pas effective donc la confidentialité n'est pas garantie. La permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, conventions, astreintes) est assurée. Les services disposent des moyens nécessaires : ordinateurs, armoires de stockage, chariots de soins et d'administration du médicament. Les locaux de l'Unité de Production des Cytotoxiques sont conformes avec la marche en avant, SAS, contrôle de pression, contrôle bactériologique, hottes. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée en grande partie. Au moment de la visite de certification, le secteur d'USLD est en attente prochaine de la mise en place du circuit informatisé du médicament. Le service où se trouve la chirurgie urologique n'est pas encore entièrement informatisé pour cette spécialité. Ne sont pas totalement informatisés au moment de la visite de certification, les secteurs du bloc opératoire, la SSPI, le secteur d'ambulatoire, la réanimation soins continus et le secteur de HAD.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues. Le dispositif de gestion documentaire est connu utilisé par les professionnels.

La continuité du traitement médicamenteux est effective, de l'admission jusqu'à la sortie. Les traitements personnels font l'objet d'une procédure de retrait, de stockage et de restitution, qui est connue et appliquée par les IDE. Les prescriptions à l'admission et à la sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation, également chez la personne âgée. Cependant, les bonnes règles de prescription médicale ne sont pas respectées. En unité d'hospitalisation médico chirurgicale, il existe un recopiage par l'infirmier de la prescription de la prémédication réalisée par le médecin anesthésiste dans le logiciel d'anesthésie sur la fiche papier de prescription-administration. Il existe un deuxième recopiage par l'infirmier de la prescription informatisée en post opératoire sur le même document papier. L'absence de support unique entraîne un non respect des bonnes pratiques. Lors de l'investigation d'un patient traceur n° 1 en cardiologie, il est observé, dans la macro cible entrée, un recopiage par l'infirmier du traitement médical prescrit. En réanimation-soins continus, l'absence de support unique de prescription médicale- administration génère la pratique suivante : - la prescription médicale est réalisée sur la fiche de surveillance correspondante sur laquelle les infirmiers réalisent des coches selon des codes couleur, sans signature; - puis, il assure la traçabilité sur une autre fiche papier. L'investigation du patient traceur n°2, en oncologie, montre que la traçabilité du traitement de sortie n'est pas toujours assurée. Il n'y a pas de trace écrite de prescription médicamenteuse à la sortie de la patiente du service de chirurgie. Lors de la visite du patient traceur n°3 en urologie, il a été constaté que la prescription médicamenteuse à l'entrée du patient, ne comportait ni le nom du prescripteur, ni l'heure de la prescription, ce qui n'est pas conforme à la réglementation. La délivrance est nominative dans un premier temps à la pharmacie. Les médicaments sont préparés à la pharmacie et re-globalisés par les préparateurs pour chaque service dont ils ont la charge, selon une périodicité définie par secteur. Puis les médicaments sont livrés dans les unités dans des caisses métalliques sécurisées et nominatives. Le préparateur référent assure le rangement dans l'armoire à pharmacie du service. Les médicaments sont alors conditionnés, en général par les infirmiers de nuit, dans des piluliers et au regard de la prescription médicale informatisée dans le dossier, ou papier pour les services non informatisés. Pour les entrées non prévues ou les réajustements de traitement, une commande complémentaire est possible. La pharmacie assure le réajustement selon le même procédé. Le système fonctionne sur le principe du plein - vide, ce qui facilite le respect des règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments, en particulièrement pour les médicaments à risque (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.). En HAD, l'ensemble de ces règles est également respecté. Les règles d'administration sont en place. L'administration est réalisée au lit du patient en temps réel par les infirmiers, à partir du pilulier et au regard de la prescription médicale. La traçabilité est réalisée. Cependant, la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas garantie. En unité de soins longue durée, la traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée de la manière suivante : - la prescription médicale est effectuée sur un fichier informatique excel par le médecin. Ce dernier est imprimé et sert à la pharmacie pour la dotation et à l'infirmier pour réaliser l'administration des médicaments ; - lors de l'administration, l'infirmier réalise une traçabilité globale sur un premier document papier, différent du précédent, au moyen d'une coche sur la ligne correspondant à l'item "surveillance du traitement" ; - puis, selon un code signifiant une problématique lors de l'administration (entourage de la coche), il réalise une transmission sur la fiche papier "transmission ciblée" où est ouvert une cible qui précise la prise ou la non prise en lien avec l'identification du problème. Cette rupture de continuité entre le dossier informatique et le dossier papier, sur ce secteur, a pour conséquence d'une part une traçabilité globale sur un premier document, puis, d'autre part, une traçabilité tardive si souci ou si besoin sur un deuxième support. Elle n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques. Pour les situations le nécessitant, une information est délivrée au patient sur son traitement médicamenteux et/ ou anticancéreux durant l'hospitalisation et lors de sa sortie (AVK, diabète, etc.). Un programme d'éducation thérapeutique portant les patients sous chimiothérapies orales est en place. A l'unité de reconstitution des cytostatiques, les bonnes pratiques en matière de préparation sont respectées. Les contrôles sont effectifs (pressions, températures, nettoyage...) et leur traçabilité est assurée sur un support dédié. Les libérations des lots est réalisé par le pharmacien. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet est réalisée, y compris pour les anticancéreux. Elle respecte les engagements du CBUM. Cependant, les bonnes pratiques de préparation des médicaments, en particulier pour les personnes âgées, ne sont pas respectées. Durant la visite de certification, les experts visiteurs ont pu constater la non application des bonnes pratiques pour écraser les médicaments: plusieurs principes actifs écrasés ensemble. De plus, il n'existe pas de procédure relative aux bonnes pratiques et aux modalités d'écrasement des comprimés dans l'établissement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont déterminés en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, les indicateurs IPAQSS, les EPP et les actions issues de la

cartographie des risques. Des EPP sont menées portant notamment sur l'évaluation de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée, en USLD sur le site Aquitania. Deux EPP sont réalisées quant à la prescription de l'antibiothérapie : pertinence des prescriptions des fluoroquinolones, pertinence de la prescription des aminosides en chirurgie. Des réunions CREX sont réalisées, lors de survenue d'EIG. A la PUI, la consommation des antibiotiques est suivie. Les molécules onéreuses font l'objet d'un suivi spécifique. Un bilan de l'activité du COMEDIMS est réalisé.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des évaluations et de l'analyse des événements indésirables, comme par exemple sur le secteur de la gériatrie. Des programmes validés d'éducation thérapeutique sur le médicament sont réalisés comme par exemple : prise en charge du patient sous chimiothérapie orale. Un suivi des EPP est réalisé. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La communication de l'impact des mesures d'amélioration est assurée par la Direction des Soins et en CME. Des supports et modalités de diffusion sont également établis via l'intranet, le journal interne, et via le site internet, en externe.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont partiellement assurés avec les professionnels concernés. Il arrive que des professionnels participent au recueil des événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses et à leur analyse, mais cette participation se décrit au fil de l'eau. La mise en place de CREX existe uniquement pour les événements indésirables graves pour lesquels, dans ce cas, un retour est réalisé. Des actions correctrices sont alors envisagées. Les experts visiteurs ont pu remarquer le peu de retour d'événements indésirables liés au circuit du médicament (entre 350 et 400 déclarations au total sur l'ensemble de l'établissement). Lors de l'entretien avec le pharmacien et le cadre supérieur du pôle, pilotes du processus, ceux-ci ont confirmé un manque de déclaration des risques liés aux erreurs médicamenteuses et une sous exploitation, en conséquence, des analyses possibles et d'un retour auprès des professionnels. Les infirmiers, dans les services de soins, expliquent mal connaître, voire ne pas connaître, le dispositif de CREX. Ils disent aussi ne pas avoir de retour lors de déclarations de fiche d'événement indésirable liée au médicament.	20a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels ne bénéficient pas de formation spécifique à la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels n'ont pas suivi de formations relatives à la prise en charge médicamenteuse ni de formation relative au risque lié aux erreurs médicamenteuses. Les experts visiteurs ont pu voir que, sur les plans de formation en 2015 et en 2016, aucune formation n'a été identifiée spécifiquement. L'établissement vient d'identifier dans son plan de formation 2017 un item sur la sécurisation du circuit du médicament. Lors des visites dans les unités, les infirmiers n'ont pas indiqué avoir suivi, récemment de telles formations. Cet item a fait l'objet d'une recommandation lors de la précédente itération.	20a
	PS	Le logiciel de prescription-administration ne permet pas d'assurer la confidentialité des données du patient. Lors de l'administration des médicaments, la mise en veille automatique du logiciel de prescription - administration n'est pas effective donc la confidentialité n'est pas garantie.	20a bis
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les bonnes pratiques de préparation des médicaments, en particulier pour les personnes âgées, ne sont pas respectées. Durant la visite de certification, les experts visiteurs ont pu constater la non application des bonnes pratiques pour écraser les médicaments: plusieurs principes actifs écrasés ensemble. De plus, il n'existe pas de procédure relative aux bonnes pratiques et aux modalités d'écrasement des comprimés dans l'établissement.	20a bis
	NC	La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas garantie.  En unité de soins longue durée, la traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée de la manière suivante : - la prescription médicale est effectuée sur un fichier informatique excel par le médecin. Ce dernier est imprimé et sert à la pharmacie pour la dotation et à l'infirmier pour réaliser l'administration des médicaments ; - lors de l'administration, l'infirmier réalise une traçabilité globale sur un premier document papier, différent du précédent, au moyen d'une coche sur la ligne correspondant à	20a bis



Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>l'item "surveillance du traitement" ;</p> <p>- puis, selon un code signifiant une problématique lors de l'administration (entourage de la coche), il réalise une transmission sur la fiche papier "transmission ciblée" où est ouvert une cible qui précise la prise ou la non prise en lien avec l'identification du problème.</p> <p>Cette rupture de continuité entre le dossier informatique et le dossier papier, sur ce secteur, a pour conséquence d'une part une traçabilité globale sur un premier document, puis, d'autre part, une traçabilité tardive si souci ou si besoin sur un deuxième support.</p> <p>Elle n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques.</p>	
	NC	<p>Les bonnes règles de prescription médicale ne sont pas respectées.</p> <p>En unité d'hospitalisation médico chirurgicale, il existe un recopiage par l'infirmier de la prescription de la prémédication réalisée par le médecin anesthésiste dans le logiciel d'anesthésie sur la fiche papier de prescription-administration. Il existe un deuxième recopiage par l'infirmier de la prescription informatisée en post opératoire sur le même document papier. L'absence de support unique entraîne un non respect des bonnes pratiques. Lors de l'investigation d'un patient traceur n° 1 en cardiologie, il est observé, dans la macro cible entrée, un recopiage par l'infirmier du traitement médical prescrit. En réanimation-soins continus, l'absence de support unique de prescription médicale- administration génère la pratique suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription médicale est réalisée sur la fiche de surveillance correspondante sur laquelle les infirmiers réalisent des coches selon des codes couleur, sans signature;</li> <li>- puis, il assure la traçabilité sur une autre fiche papier.</li> </ul> <p>L'investigation du patient traceur n°2, en oncologie, montre que la traçabilité du traitement de sortie n'est pas toujours assurée.</p> <p>Il n'y a pas de trace écrite de prescription médicamenteuse à la sortie de la patiente du service de chirurgie. Lors de la visite du patient traceur n°3 en urologie, il a été constaté que la prescription médicamenteuse à l'entrée du patient, ne comportait ni le nom du prescripteur, ni l'heure de la prescription, ce qui n'est pas conforme à la réglementation.</p>	20a bis

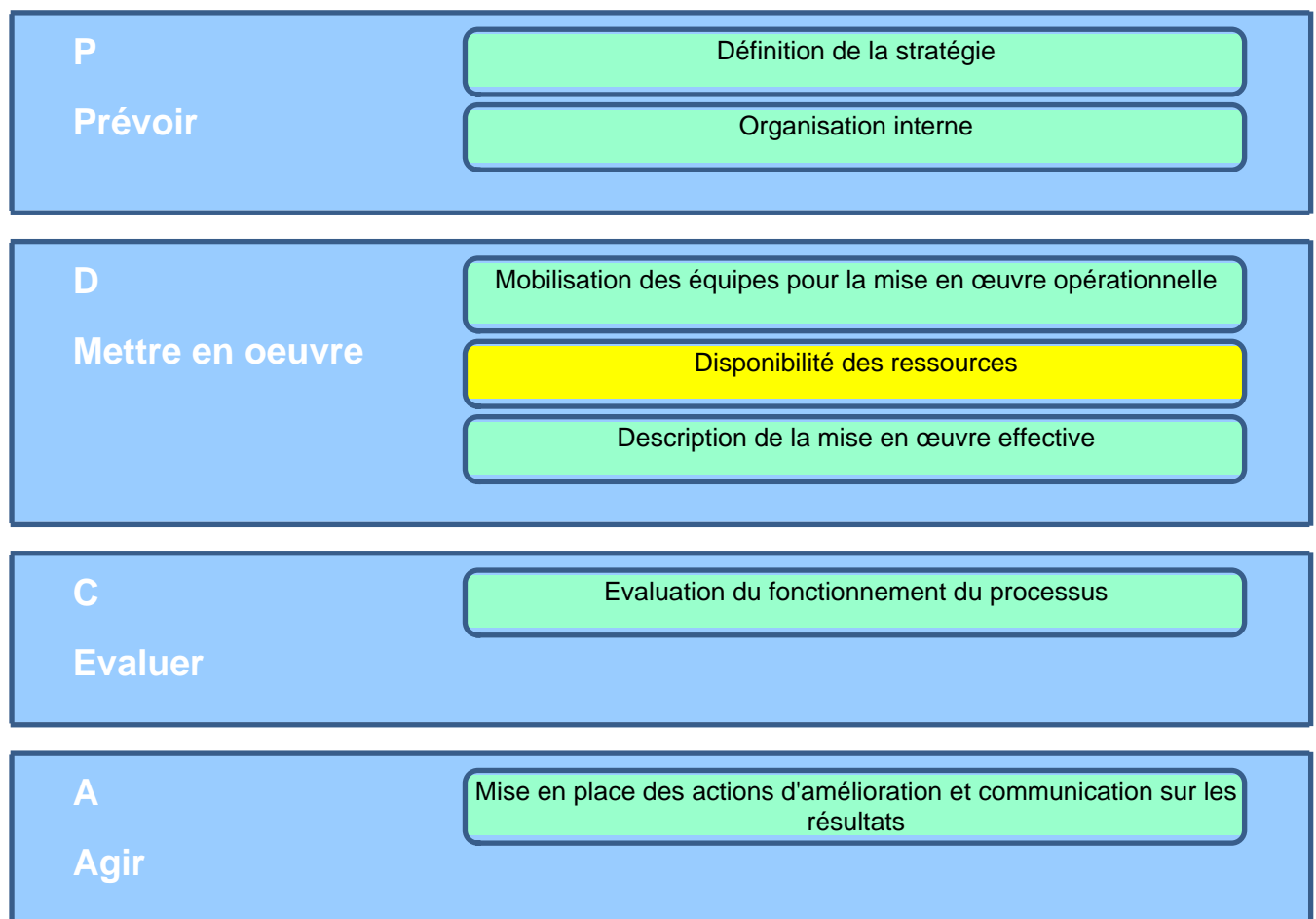
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du CH de Saintonge en matière de la prise en charge des urgences et des soins non programmés s'appuie sur les orientations définies par le projet d'établissement, en cours de révision suite à la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Ce dernier consacre l'établissement comme structure de référence sur le territoire pour les urgences obstétricales, adultes et de l'enfant. La stratégie de l'établissement répond ainsi aux besoins du territoire. Pour y répondre, le CH a organisé des filières d'accueil distinctes pour les enfants, les adultes et les urgences obstétricales. Celles-ci incluent le recours aux avis spécialisés, formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé. Deux équipages du SMUR sont rattachés à l'établissement. Les besoins particuliers sont pris en compte notamment pour les personnes âgées, les urgences psychiatriques, les douleurs thoraciques, les AVC, les détenus avec la présence d'une chambre carcérale. Une filière courte est mise en place pour les consultations ne présentant pas un degré d'urgence important. Pour identifier ses besoins et ses risques, le centre hospitalier s'est appuyé sur le projet de service, les plaintes et réclamations, les évènements indésirables, des EPP, des indicateurs notamment les délais de prise en charge, les conventions conclues avec d'autres établissements amonts et aval, les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence. Les professionnels concernés ont élaboré une cartographie des risques qui ont été hiérarchisés et priorisés. 7 risques principaux ont été retenus dans le Compte Qualité de l'établissement. Au regard de cette analyse, l'établissement s'est fixé 3 priorités d'actions portant sur la gestion des compétences, la gestion des flux et la prise en charge de la douleur. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans le PAQSS institutionnel, formalisé et priorisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH de Saintonge a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par le chef de service des urgences auquel s'associe le cadre de santé de chacune des filières adulte et pédiatrique ainsi qu'un sage femme coordinatrice pour la filière obstétricale. Une organisation interne est définie pour piloter le processus avec identification des rôles et responsabilités de ces pilotes formalisés dans une fiche de missions spécifique. Les circuits de prise en charge des patients sont définis, décrits et connus des professionnels dans le cadre des filières gériatriques, pédiatriques, psychiatriques, obstétricales, filière courte, prise en charge des AVC et des douleurs thoraciques. Au regard des missions et risques identifiés, le CH organise la réponse à ses besoins en termes de ressources humaines, documentaires et matérielles, nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Une organisation est définie pour permettre la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel. Les actions relatives à la gestion des flux s'appuient sur la commission des admissions et consultations non programmées qui a été réactivée récemment. Pour assurer une permanence et une continuité des soins 24h sur 24, l'établissement prévoit les effectifs et compétences nécessaires pour les divers types de personnels, médicaux et paramédicaux. Le recours au travail temporaire permet d'assurer cette permanence 24 H / 24 H, 7 jours sur 7 à certaines périodes avec toutefois une diminution de ce recours en volume, l'établissement ayant mis en place une stratégie de recrutement de médecins urgentistes. Un dispositif d'accueil et d'orientation est prévu dans les effectifs et permet un fonctionnement 24 H / 24 pour les infirmières d'orientation et d'accueil et en journée pour les médecins d'orientation et d'accueil. Une PASS est disponible en appui des professionnels pour les patients démunis. Il en est de même pour les personnes âgées au travers une Unité Mobile de Gériatrie. Le plan de formation prend en compte les orientations stratégiques définies sur le développement des compétences (notamment fonctions d'accueil et d'orientation) et la gestion de la douleur (utilisation des échelles, hypno-analgésie). Pour les ressources documentaires, les professionnels utilisent le système de gestion électronique, ce qui leur permet un accès rapide aux procédures et protocoles utiles. Les procédures relatives aux urgences vitales sont formalisées. Des documents sont mis à disposition des usagers (formulaire douleur multilingue, livret accueil notamment). Un DVD est également remis aux femmes enceintes explicitant notamment les modalités de prise en charge par l'hôpital et le circuit d'urgence. Les ressources matérielles tiennent compte des besoins et des différentes filières identifiées. Le secteur adulte comporte 8 box, une salle de plâtre, une salle filière courte, 3 postes de déchocage, une chambre carcérale. Les circuits patients debout et patients couchés sont distincts. L'établissement a également mis en place 8 lits d'hospitalisations de très courte durée. Pour la pédiatrie, les locaux sont spécifiques, distincts des urgences adultes et comprennent 2 box, une salle de déchocage et 2 lits d'hospitalisation de très courte durée. Le système d'information s'appuie sur un logiciel métier spécifique aux services d'urgence, interfacé avec le dossier patient institutionnel de l'établissement. Il permet ainsi une circulation des informations nécessaires à la prise en charge du patient aux différentes étapes de sa prise en charge aux urgences, en consultation et en hospitalisation éventuelle. Le système d'information permet également l'accès aux résultats d'examen de laboratoire et aux clichés d'imagerie grâce à un PACS et un RIS. Les dossiers papier sont, en outre, accessibles par le service des urgences 24 H / 24 H et 7 jours sur 7 dans des délais compatibles avec les contraintes de la prise en charge aux urgences. Les interfaces sont

organisées et permettent une articulation cohérente de l'activité avec les secteurs cliniques, médico-techniques et administratifs. Des solutions de recherche d'avis spécialisés sont organisées en interne avec les médecins spécialistes. L'établissement a également formalisé une convention permettant le recours à une plate forme de télé radiologie.

Une organisation est mise en place permettant, dans certains cas des consultations et hospitalisations directes en unité de soins sans passage par les urgences. L'unité mobile de gériatrie notamment permet une prise en charge plus adaptée aux besoins des personnes âgées. L'établissement a défini un plan blanc et fixé, avec son personnel, les modalités d'accueil, de flux et de circulation. Cependant, il n'existe pas d'organisation destinée à faire face aux risques nucléaire, radio-actif, bactériologique et chimique. Il n'y a pas d'annexe au plan blanc traitant du risque NRBC.

## D / METTRE EN OEUVRE

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les objectifs définis et le plan d'actions opérationnel sont établis en déclinaison de la stratégie institutionnelle et du compte qualité. Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ils assurent ainsi la mobilisation des professionnels sur le processus de prise en charge des patients aux urgences, et en particulier leur sensibilisation aux risques identifiés et la mise en œuvre des trois priorités d'actions (adaptation des compétences, gestion des flux et gestion de la douleur). Un travail collectif et mobilisateur pour les professionnels est à relever. Il concerne la fluidification des parcours entre urgences et services d'hospitalisation. Ces travaux ont notamment abouti à la création et l'organisation d'un circuit court. La création d'une unité d'hospitalisation post urgence de courtes durées en complément de l'UHTCD est en cours de réflexion. Les résultats des indicateurs mis en place aux urgences notamment ceux relatifs aux temps d'attente sont communiqués aux professionnels. Les professionnels sont associés à l'élaboration des procédures et participent au processus de traitement des plaintes et réclamations. Des actions correctrices sont ainsi identifiées en cas de besoin.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines prévues sont en place. Sur le plan médical, des médecins urgentistes assurent l'activité de prise en charge des urgences, de déchocage, d'UHTCD et la médicalisation du SMUR. Ces ressources en compétences sont assurées par la présence 24 H / 24 H de médecins urgentistes avec nécessité toutefois de recourir à l'intérim dans certaines situations, l'effectif cible déterminé par l'établissement n'étant pas encore atteint. L'effectif infirmier répond au tableau des emplois. Ces effectifs se complètent d'aides-soignants, de secrétaires administratives. Le service de brancardage de l'hôpital est mobilisé par le service des urgences dans une organisation définie. Une Aide Soignante de ce service est spécifiquement affectée aux urgences la nuit. Les professionnels en poste sont formés selon le plan de formation, notamment dans ses dimensions réglementaires (formations AFGSU, IOA), en réponse aux besoins individuels et aux objectifs de service (formations douleur notamment). La formation des nouveaux arrivants est organisée. Ils sont encadrés et formés à l'utilisation des supports informatiques et aux organisations mises en place. La réponse aux soins est complétée en interne, en cas de besoin, avec le recours aux médecins spécialistes de l'établissement. Les règles de présence sont prises en compte dans les différents plannings des professionnels. Le système d'astreinte est opérationnel. Les tableaux de garde sont diffusés aux services, consultables sur informatique. Le central téléphonique gère la transmission des demandes aux médecins rappelables via un numéro unique 24h sur 24. Les soins post urgences sont assurés dans le cadre de consultations spécialisées. Le recours aux compétences psychiatriques est assuré 24 H / 24 H avec l'équipe de liaison la journée, et, le psychiatre de garde les nuits, week-end et jours fériés. Le personnel connaît les procédures mises en place et les modalités d'utilisation du système de gestion électronique des documents. Le plan blanc est à disposition des professionnels. Ce dernier est mis à jour et a fait l'objet d'un exercice de test. Les équipements sont adaptés quantitativement et qualitativement aux prises en charge notamment sur les plans de l'informatique et des matériels de soins. Les locaux comportent une zone d'accueil des patients ambulatoires avec une salle d'attente en regard du secrétariat d'accueil. Une zone spécifique d'accueil des patients allongés jouxte le sas des ambulances. La zone de soins comporte des box fermés. 3 salles de déchocage permettent la prise en charge des urgences vitales. La proximité du service d'imagerie médicale facilite le transfert du patient. La consultation des clichés s'effectue sur le PAQS, les comptes rendus d'imagerie et d'examen de laboratoire sont transmis sur le réseau informatique de l'établissement. Le circuit des urgences pédiatriques est totalement distinct de celui des adultes. Accueil, box, salle de déchocage, lits d'hospitalisation de très courte durée sont spécifiques et intégrés au service de pédiatrie. Cependant, les conditions d'accueil ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans le service des urgences. La configuration et l'agencement des locaux d'accueil aux urgences génèrent une promiscuité non compatible avec le respect de la confidentialité. Pour les patients debouts, un premier accueil administratif s'effectue à proximité immédiate d'autres malades en attente de passage. Pour les patients couchés, il a été constaté que les brancards étaient positionnés à proximité immédiate les uns des autres, hommes et femmes confondus et que les rideaux de confidentialité n'étaient pas tirés pour faciliter la surveillance des patients présents.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues sont mises en œuvre pour permettre le fonctionnement et la prise en charge des patients aux urgences. L'accueil des patients est conforme aux organisations prévues sur l'établissement prenant en compte les urgences adultes et pédiatriques et les différents circuits de prise en charge: circuit court, patients allongés, détresse vitale, urgences intramuros. L'accueil et l'orientation des malades sont assurés par des infirmières formées à l'accueil et l'orientation des patients ainsi qu'aux vérifications d'identité. Cette fonction, assurée 24 H / 24 H est coordonnée la journée en semaine avec le médecin spécifiquement dédié à l'accueil et à l'orientation. Les circuits sont définis selon les degrés d'urgence et la typologie des patients. L'évaluation de la douleur est assurée et tracée dans le dossier informatisé du patient. Elle est réactualisée en cour du passage aux urgences. Les personnels sont formés à l'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la douleur, les soins douloureux identifiés et les protocoles correspondants rédigés. Les circuits de prise en charge des patients victimes d'AVC et d'infarctus du myocarde sont mis en œuvre dans le respect des procédures et protocoles prévus à cet effet dans leurs filières. L'organisation pour recourir à des avis spécialisés est respectée par les professionnels. L'unité mobile de gériatrie intervient deux fois par jour en semaine permettant ainsi un appui aux équipes d'urgence. Une Pass intervient également à la demande dans le cas de situations de précarités sociales importantes. Les professionnels réalisent les actes relevant du champ de leurs compétences professionnelles formalisées dans leur fiche de poste. Les professionnels des urgences assurent l'ensemble des traçabilités relatives à leur activité (suivi des temps, traçabilité des informations, prescriptions, administration, surveillance du patient, etc.). Les transmissions quotidiennes d'informations sur les patients présents s'effectuent à la prise de poste du médecin le matin et aux relèves infirmières de 14 heures et 21 heures. A chaque entrée, il est recouru au dossier papier du patient si ce dernier a déjà bénéficié de soins dans l'établissement. L'existence et la localisation du dossier sont assurées et une organisation permet l'accès rapide à ce dossier 24 H / 24 et 7 jours sur 7. Les urgentistes ont accès au dossier informatisé du patient quand celui-ci a déjà été hospitalisé. Les informations liées aux passages aux urgences sont versées dans le dossier d'hospitalisation du patient. Afin d'assurer l'information des services non encore informatisés, le service des urgences imprime ses documents pour classement dans le dossier papier. Il s'agit d'une situation transitoire devant cesser rapidement avec l'exhaustivité du déploiement informatique. Les dispositifs de régulation des flux déterminés par l'établissement sont mis en œuvre en mobilisant le circuit court, les lits d'hospitalisation de très courte durée, traçabilité des temps d'attente, alerte en cas d'attente d'un patient supérieur à 2 heures pour les patients couchés, ouverture de lits supplémentaires aux urgences en cas de tensions liées aux lits disponibles dans les unités. À défaut d'informatisation en temps réel de l'occupation des lits d'hospitalisation, le service des urgences recense 4 fois par jour l'état des lits disponibles. Un tableau permet au médecin de visualiser les possibilités d'hospitalisation dans les services. Un groupe institutionnel sur les hospitalisations non programmées est en place et finalise les modalités des relations urgences / services d'hospitalisation, de recherches de places, de gestion des patients programmés et non programmés. Ces travaux ne sont toutefois pas encore validés par la commission des admissions et consultations non programmées. Sur ce secteur, les circuits sont respectés avec des interfaces entre les différents secteurs et avec la ville qui ont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de l'évaluation du processus est assuré par les pilotes, en concertation avec le service qualité et les directions fonctionnelles. La commission des urgences et des hospitalisations non programmées a été réactivée en 2016 permettant ainsi de valider les évaluations et les mesures correctives à engager. Différents indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont analysés tels que nombre et nature des plaintes, suivi des temps d'attente et de passage selon le type d'urgence, traçabilité douleur, temps d'attente pour obtenir un lit, etc., ainsi que les indicateurs nationaux (IQSS) recueillis régulièrement. Les événements indésirables sont recueillis et analysés par les professionnels du service. Des retours d'expérience sont organisés selon les situations rencontrées. Les résultats des évaluations et des indicateurs sont régulièrement communiqués aux équipes.

## A / AGIR

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

L'exploitation des résultats d'évaluation permet à l'établissement d'identifier des actions correctives intégrées dans le PAQSS. Les actions d'améliorations répondent principalement aux 3 objectifs d'amélioration principaux arrêtés par la direction: amélioration des compétences (élaboration d'un nouveau livret d'accueil des nouveaux arrivants, formations IAO et MAO, etc.), amélioration de la gestion des flux (filière courte, relation maison médicale de garde, définition des règles d'hospitalisation après passage aux urgences, etc.) et meilleure prise en charge de la douleur (formation aux différentes échelles

d'évaluation de la douleur, développement hypno analgésie, etc.). La communication sur les différentes évaluations et actions correctives est assurée auprès des professionnels lors des réunions de service, par notes d'information internes, dispositif "main courante", affichage des comptes rendus de réunions et par différents supports institutionnels tels que journal interne. La communication des résultats et des actions est également conduite en externe, auprès des usagers et via le site internet.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Il n'existe pas d'organisation destinée à faire face aux risques nucléaire, radio-actif, bactériologique et chimique. Il n'y a pas d'annexe au plan blanc traitant du risque NRBC.	8e
D / Disponibilité des ressources	NC	Les conditions d'accueil ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans le service des urgences.  La configuration et l'agencement des locaux d'accueil aux urgences génèrent une promiscuité non compatible avec le respect de la confidentialité. Pour les patients debouts, un premier accueil administratif s'effectue à proximité immédiate d'autres malades en attente de passage. Pour les patients couchés, il a été constaté que les brancards étaient positionnés à proximité immédiate les uns des autres, hommes et femmes confondus et que les rideaux de confidentialité n'étaient pas tirés pour faciliter la surveillance des patients présents.	10b

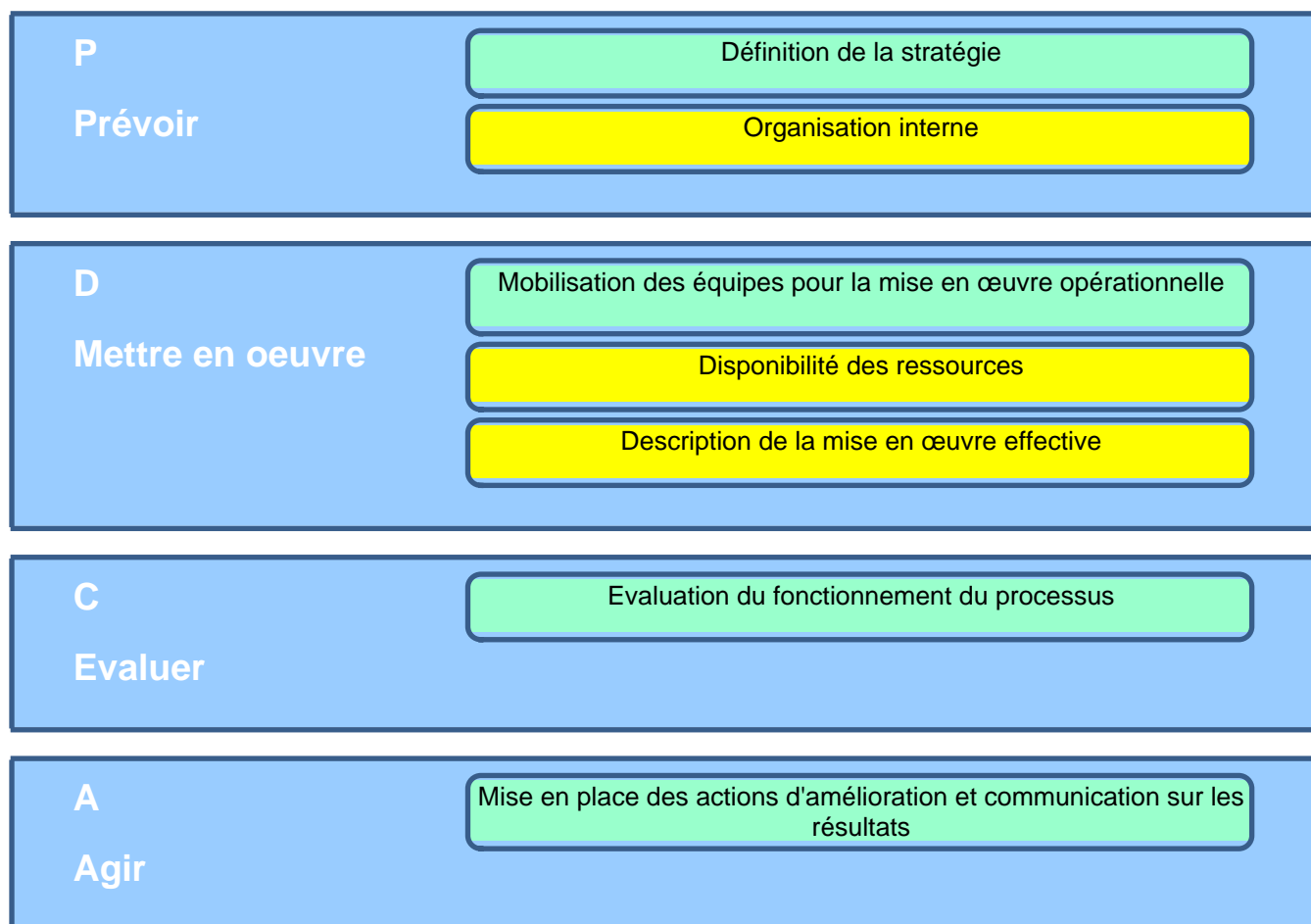
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du centre hospitalier de Saintonge à Sainte relative à la prise en charge du patient au bloc opératoire est dans un document, également consultable sur l'intranet. Elle est basée sur une analyse des risques a priori et des dysfonctionnements observés, les résultats d'un audit de l'assureur, de la précédente visite de certification et de divers audits internes. Les risques graves et/ou récurrents ont été priorisés selon la méthode de l'HAS et repris dans un plan d'actions d'amélioration spécifique au bloc opératoire qui comprend 20 actions, intégré au PAQSS institutionnel. Chaque action est dotée d'un pilote, d'un calendrier prévisionnel et d'un suivi. Le compte qualité reprend six de ces risques, avec pour chacun un plan d'actions. Une cartographie des risques du secteur ambulatoire a été réalisée en 2015. Elle est en cours d'actualisation par trois groupes de travail, dans le cadre d'une démarche de développement de la chirurgie ambulatoire. Les risques prioritaires ont fait l'objet d'un PAQSS intégré à celui du bloc opératoire. La stratégie et l'ensemble de cette démarche sont présentés puis validés dans les instances concernées, Directoire, CME, CSIRMT, CTE, etc.

**ORGANISATION INTERNE**

Le centre hospitalier a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage de la démarche est assuré conjointement par la cadre de santé IADE et la cadre de santé chef de bloc opératoire, chacune disposant d'une lettre de mission. Le CH est doté d'un bloc opératoire comprenant 8 salles d'opération dont une salle de césarienne contigüe au bloc obstétrical, de 2 salles d'endoscopie, d'une salle d'accueil et de préparation (SAP) de 8 box et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 14 postes. L'activité programmée s'effectue du lundi au vendredi, en continu, de 8 heures à 17 heures. Les urgences sont ensuite assurées de 17 heures à 20 h 30 sur une salle d'intervention par une équipe présente sur place. De 20 h 30 à 7 heures le lendemain et les week-ends et jours fériés, un système d'astreinte est défini. Le bloc opératoire possède une structure de coordination et des instances : un chef de bloc, un coordinateur médical, un conseil de bloc, une commission des utilisateurs du bloc opératoire (COMUBOP). La rédaction de la charte de bloc a été finalisée et validée. Elle définit les modalités de fonctionnement, notamment le processus de programmation, les circuits de prise en charge, les responsabilités, les missions et rôles des professionnelles, la tenue vestimentaire, les modalités du bio nettoyage, etc. Le secteur d'hospitalisation de médecine et chirurgie de jour (HMCJ) dispose de 9 lits en chambres et de 10 places en trois box séparées par des paravents, dans lequel transitent en post-interventionnel les patients ayant bénéficié de chirurgie ambulatoire, mais aussi d'endoscopie. Un comité de pilotage est en place pour le secteur de l'HMCJ, composé du chef de pôle de l'UCAR, coordonnateur de la chirurgie ambulatoire, du cadre supérieur de santé du pôle et de la cadre de santé de l'HMCJ. La formation d'un conseil de l'ambulatoire est prévue dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire.

La chef de bloc opératoire utilise, pour la programmation, un logiciel indépendant non spécifique. Cependant, l'outil de programmation du bloc opératoire et de l'HMCJ n'est pas intégré au système d'information hospitalier (SIH). En effet, le logiciel n'est pas intégré dans le système d'information de l'hôpital, ce qui est confirmé par la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique correspondant. Les interfaces sont organisées pour permettre les échanges d'information, la concertation et la coordination entre les différents secteurs et les professionnels, autour de la prise en charge péri-opératoire. L'activité de chirurgie ambulatoire est intégrée dans ces interfaces.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Compte tenu des risques et besoins, le management (chef de bloc et cadre de santé) organise la déclinaison opérationnelle de la démarche qualité. Des réunions pluri-professionnelles du bloc sont organisées 4 à 5 fois par an, avec compte-rendu diffusé. Elles sont essentiellement consacrées à l'organisation du service. L'encadrement sensibilise les personnels para-médicaux sur les risques et les EI. Il s'assure de la conformité des pratiques aux procédures et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Dans le secteur de l'HMCJ, la cadre de santé organise régulièrement des réunions pluri-professionnelles consacrées à l'organisation du secteur et à l'analyse et la correction des dysfonctionnements.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles et s'adaptent à la planification opératoire. Une démarche qualité documentée et actualisée est en place, assurant la sécurité des prises en charge du patient. En fonction de ses risques et missions, le centre hospitalier dispose des

compétences nécessaires : 11 anesthésistes, 19 IADE, 12 IBODE et IDE, avec trois IDE en SSPI dont au moins une IADE. L'accueil des nouveaux arrivants fait l'objet d'une procédure et donne lieu à un tutorat de deux mois. La formation à la radio-protection des personnels est effective. Le CH dispose d'une dosimétrie passive et active avec logiciel dédié, classement des personnels en fonction du risque et suivi par le service de médecine du travail, avec les procédures adaptées. Les risques liés à l'utilisation du laser ont donné lieu à une formation. La signalisation en cas de risque liés à l'utilisation du laser et/ou des appareils de radiologie est effective. L'hygiène et la sécurité du bloc opératoire sont organisés selon des règles et procédures disponibles en permanence sur l'intranet. Elles concernent notamment la prévention des risques infectieux, des risques liés à l'utilisation des appareils de radiologie, du laser, ainsi que des risques biologiques (AES) et chimiques. Une procédure est en place en cas de non-conformité des résultats des prélèvements eau, air ou surfaces. Les matériels et locaux sont conformes à la réglementation. Les contrôles techniques quotidiens sont effectués à l'ouverture des salles d'opérations. Un dispositif approprié permet de contrôler en permanence la surpression des salles d'opération.

La maintenance des équipements est organisée par le service biomédical qui dispose d'une GMAO. La matériovigilance est organisée. Les surveillances environnementales sont organisées. La classification des salles en rapport avec la qualité de l'air est formalisée (8 salles en ISO 5) sous le contrôle du CLIN. Cependant, les locaux ne permettent pas de sécuriser l'accès au bloc opératoire. En effet, la sécurisation de l'accès au bloc opératoire n'est pas assurée. Lors de la visite, la porte d'accès des patients au bloc opératoire n'est pas fermée et permet un accès libre sans contrôle.

Les ressources documentaires sont mises à disposition en temps utile. Les nombreux protocoles et procédures (y compris celle traitant de la prévention des ATNC) sont disponibles et mis à jour sur le système de gestion documentaire informatisé. La gestion des DMI avec la pharmacie est organisée, mais non informatisée. Une fiche de liaison service-bloc est en place et permet la transmission d'informations pertinentes. En chirurgie ambulatoire, les procédures sont adaptées à ce mode de prise en charge. Une procédure est en place pour organiser l'appel de la veille et l'appel du lendemain dans le secteur ambulatoire de l'HMCJ. Une procédure est en place pour organiser la sortie du patient de ce secteur. Une procédure est en place précisant la conduite à tenir en cas de non-conformité des résultats des prélèvements eau, air, surfaces, est à disposition des professionnels. La procédure à suivre en cas d'hyperthermie maligne est en place et le stock de Dantrolène est régulièrement mis à jour. Un chariot avec le matériel d'intubation difficile est en place et diffusé.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, en lien avec le PAQSS, au travers les différents plans d'actions, la déclinaison des bonnes pratiques et l'implication de l'ensemble des professionnels. Le conseil de bloc se réunit 6 fois par an et donne lieu à un compte-rendu diffusé aux personnels. A chaque réunion, les FEI sont analysées. Le COMUBOP se réunit deux fois par an et permet des échanges entre les personnels du bloc, des services cliniques et médico-techniques. La programmation opératoire est assurée par la chef de bloc et validée le vendredi pour la semaine suivante par le coordinateur médical. Sa diffusion est faite sur l'intranet de l'établissement. La régulation des activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est également effectuée par la chef de bloc, conjointement avec le coordonnateur médical. Le dossier d'anesthésie est informatisé. Le cahier d'ouverture de salle est régulièrement rempli et trace les contrôles quotidiens préalables au début des interventions. Le bio-nettoyage des salles d'opération est assuré par les ASH et tracé. Les phases de décontamination des dispositifs médicaux réutilisables avant envoi en stérilisation, sont réalisées par des personnels formés et dédiés à cette activité. Les éléments du score d'Aldrete sont recueillis avant la sortie du patient de SSPI et la validation de cette sortie est tracée par l'anesthésiste. Dans le secteur de l'ambulatoire, le score de Chung est recueilli avant la sortie du patient et l'autorisation de sortie est signée par l'anesthésiste ou l'opérateur. Le bloc opératoire met en œuvre les organisations définies par le management et le fonctionnement interne de la structure. Les interfaces entre le bloc opératoire et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques et administratifs sont opérationnelles. Cependant, les circuits ne sont pas tous conformes aux bonnes pratiques. Lors de la visite, les experts ont constaté que le décartonnage se faisait dans l'enceinte du bloc opératoire et ne respecte pas le principe de la marche en avant. De plus, la traçabilité du nombre de prélèvements histologiques récupérés par le coursier du laboratoire n'est pas assurée. Lors de la visite, après la remarque de l'expert-visiteur, l'établissement a rédigé une procédure, dont le caractère récent ne permet pas d'évaluer la mise en œuvre.

La check-list sécurité est en place pour toute intervention chirurgicale. Cependant, l'utilisation de la check-list sécurité au bloc opératoire n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques. Lors de la visite, il a été observé des check-lists incomplètement remplies, ou signées par une partie seulement des intervenants. Deux investigations de patient traceur confirment ce manque de conformité de l'utilisation de la check-list. Le patient-traceur n° 2 avait une check-list remplie de façon partielle. Lors du patient traceur n°4 en gynécologie, les experts visiteurs ont pu constater que la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" n'est pas signé par les 3 acteurs: chirurgie, équipe anesthésie et infirmier de bloc. Sur la check-list renseignée pour cette patiente, seule est apposée la signature du chirurgien.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus et s'appuie sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Des RMM sont organisées en chirurgie orthopédique et en anesthésie. Des indicateurs sont suivis au bloc opératoire: IQSS comme le DAN, mais aussi indicateurs d'activité : taux de débordement et taux d'occupation des salles par exemple. Un audit a été réalisé en 2016 sur le remplissage de la check-list sécurité, premier temps d'une EPP.

## 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 PAQSS institutionnel. Les risques repérés comme prioritaires dans le compte qualité ont donné lieu à un plan d'actions d'amélioration dont l'avancement est suivi. Plusieurs actions d'amélioration ont déjà été finalisées : modification du logiciel pour permettre la traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSPI, achat et mise en place de dispositifs de surveillance de la pression des ballonnets de sonde d'intubation, par exemple. L'analyse régulière de l'activité du bloc opératoire donne lieu périodiquement à une adaptation des vacations opératoires des praticiens. Un programme d'EPP est en cours sur l'utilisation de la check-list. La communication sur les résultats est réalisée en conseil de bloc, dans les réunions de pôle, les réunions des cadres de santé, et dans les diverses instances concernées : CME, CLUD, CRUQ, COPIL GDR. Elle s'effectue également dans le journal interne. La communication est également réalisée au sein des instances du CH de Saintonge.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'outil de programmation du bloc opératoire et de l'HMCJ n'est pas intégré au système d'information hospitalier (SIH). Le logiciel n'est pas intégré dans le système d'information de l'hôpital, ce qui est confirmé par la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique correspondant.	26a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas de sécuriser l'accès au bloc opératoire.  La sécurisation de l'accès au bloc opératoire n'est pas assurée. Lors de la visite, la porte d'accès des patients au bloc opératoire n'est pas fermée et permet un accès libre sans contrôle.	26a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les circuits ne sont pas tous conformes aux bonnes pratiques. Lors de la visite, les experts ont constaté que le décartonnage se faisait dans l'enceinte du bloc opératoire et ne respecte pas le principe de la marche en avant. La traçabilité du nombre de prélèvements histologiques récupérés par le coursier du laboratoire n'est pas assurée. Lors de la visite, après la remarque de l'expert-visiteur, l'établissement a rédigé une procédure, dont le caractère récent ne permet pas d'évaluer la mise en œuvre.	26a
	NC	L'utilisation de la check-list sécurité au bloc opératoire n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques. Lors de la visite, il a été observé des check-lists incomplètement remplies, ou signées par une partie seulement des intervenants. Le patient-traceur n° 2 avait une check-list remplie de façon partielle. Lors du patient traceur n°4 en gynécologie, les experts visiteurs ont pu constaté que la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" n'est pas signé par les 3 acteurs : chirurgie, équipe anesthésie et infirmier de bloc. Sur la check-list renseignée pour cette patiente, seule est apposée la signature du chirurgien.	26a

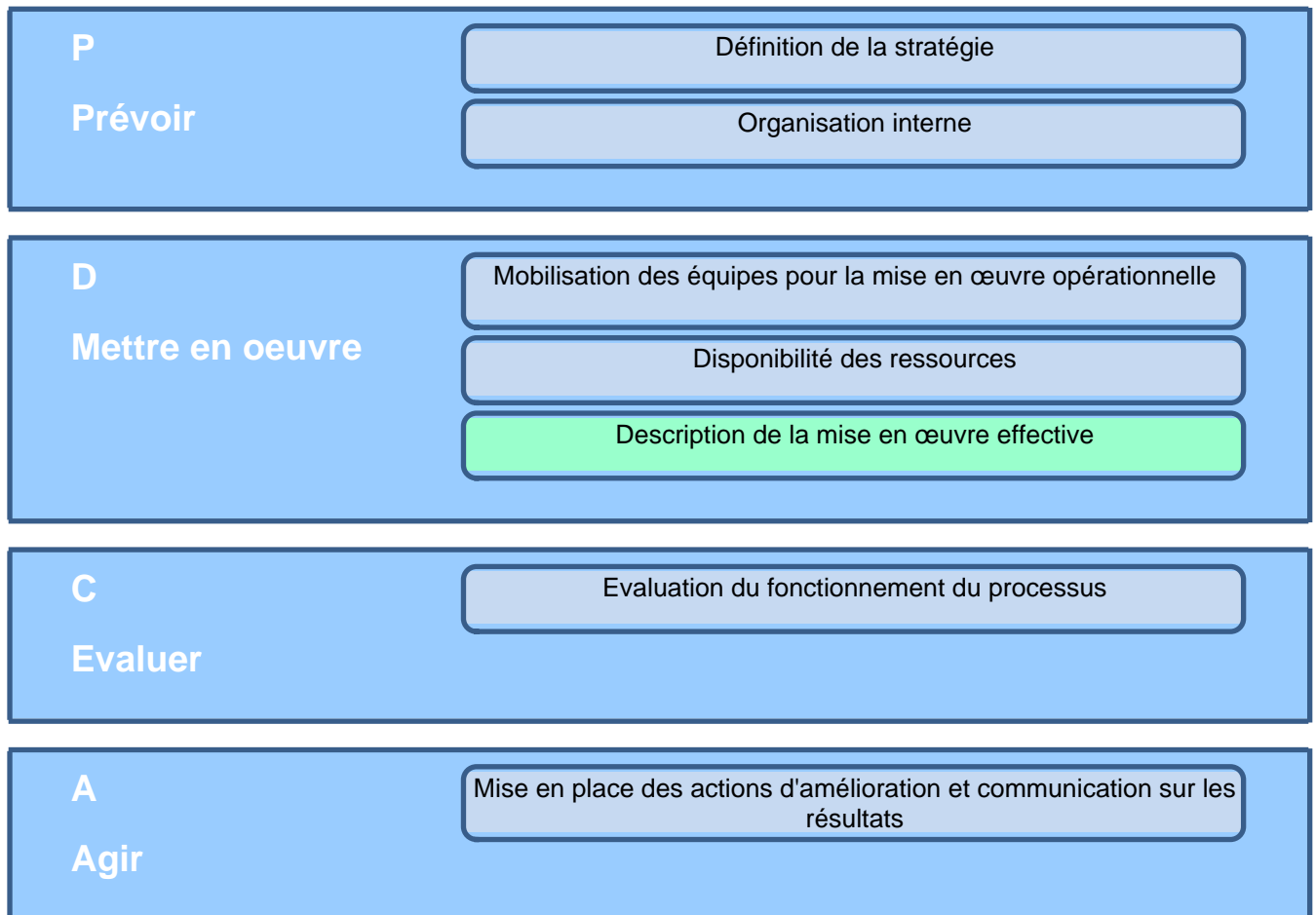
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du centre hospitalier de Saintonge en radiothérapie est formalisée dans un document stratégique, également consultable sur l'intranet. Elle est basée sur une analyse des risques a priori et des dysfonctionnements observés analysés en CREX, les résultats de plusieurs visites de l'ASN en 2015 à l'occasion de la mise en service d'un nouvel accélérateur de particules, de la précédente visite de certification et de divers audits internes. Une analyse des risques a priori a été initiée en 2009 et régulièrement mise à jour, la dernière fois en avril 2016, à l'occasion de la mise en place de nouveaux protocoles de préparation. Le CH a identifié, analysé et hiérarchisé les sous-processus à risques (validation du traitement, préparation des plans de traitement, contourage, réalisation du traitement, suivi post-traitement) avec un focus particulier sur la prise en charge psychologique des patients à laquelle ont été formés plusieurs manipulatrices. Les risques graves et/ou récurrents ont été priorisés selon la méthode de l'HAS et sont repris dans le compte qualité. A partir de là, un plan d'actions d'amélioration a été mis en place, intégré au PAQSS institutionnel, et articulé avec le compte qualité. Chaque action est dotée d'un pilote, d'un calendrier prévisionnel et d'un suivi. Cette stratégie est validée dans les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est établie par l'établissement pour piloter le processus. Elle concerne les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, les responsabilités, les missions des professionnels, ce qui permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.). Le pilotage de la démarche est assuré par le médecin chef du service de radiothérapie et par la cadre de santé, chacun disposant d'une lettre de mission. Les séances de radiothérapie sont réalisées dans un bâtiment spécifique, avec deux accélérateurs de particules qui ont été changés en 2015. Une démarche qualité en radiothérapie a été mise en place et un manuel qualité ainsi qu'une politique ont formalisés et validés. Un CREX est organisé, avec 6 à 8 réunions par an et compte-rendus formalisés en 2015 et 2016. La cadre de santé de radiothérapie est la responsable opérationnelle du système de management de la qualité et de la sécurité des soins et du processus en radiothérapie. Au regard des besoins et risques identifiés, le centre hospitalier prévoit des ressources humaines (12 manipulateurs, 3 médecins, 2 radio-physiciens), matérielles (locaux adaptés, plans de maintenance préventive et contrat de maintenance curative) et documentaires (nombreux protocoles sur la GED). Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et l'organisation du retour d'expérience sont prévus. La fiche d'évènement indésirable est en place. La gestion des interfaces et les circuits sont organisés pour faciliter la concertation entre les professionnels et les autres secteurs d'activités. A ce titre, les circuits patients sont définis pour les consultations et les traitements.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les objectifs et plans d'action opérationnels spécifiques à la radiothérapie sont assurés en déclinaison de la démarche institutionnelle. Compte tenu des risques et besoins, le management (médecin chef de service et cadre de santé) ont mis en place la déclinaison opérationnelle de la démarche qualité. Une réunion pluri-professionnelle hebdomadaire, le vendredi matin, est consacrée à l'organisation du service. L'encadrement sensibilise les manipulateurs sur les risques et les événements indésirables et s'assure de la conformité des pratiques aux procédures. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétence (effectifs, formation, tutorat de deux mois lors de l'intégration de nouveaux arrivants), matériel (locaux et équipements dont deux accélérateurs de particules et un scanner de dosimétrie, maintenance) sont effectives. La procédure de prise en charge d'un patient en radiothérapie a été formalisée et accessible aux professionnels. Un tableau de présence permet d'identifier le radiophysicien et le médecin présents. L'accroissement de la demande de temps médecin pour la préparation des traitements, nécessitée par l'utilisation de nouvelles techniques plus sûres pour les patients, est anticipée et le recrutement de deux radiothérapeutes est anticipé. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient, est organisée. Les médecins du service participent aux RCP dans le cadre du réseau 3C. Un POPM est en place, et il y a 3 radio-physiciens et 2 PCR. Les équipements sont disponibles et les locaux conformes à l'activité de radiothérapie. Les ressources documentaires (classeurs et système de gestion électronique documentaire) sont également disponibles sur ce secteur.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la radiothérapie mettent en œuvre les organisations prévues pour la prise en charge des patients et le fonctionnement interne du secteur. Les diverses procédures en place s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et sur les publications des structures faisant autorité (ASN, IRSN, SFRO, HAS, Réseau régional d'oncologie). Lors de l'entrée d'un patient dans la procédure, il est longuement reçu en consultation (souvent pendant une heure) par le médecin radiothérapeute afin de lui expliquer le traitement, ses bénéfices attendus et ses risques potentiels. La préparation des séances, la confection des moyens de contention et les masques sont réalisés selon les procédures en vigueur. Le flux de production est suivi afin d'éviter tout retard d'entrée des patients dans le traitement. La vérification du bon fonctionnement des appareils et leur maintenance préventive sont assurées. Un contrôle journalier des machines est réalisé par les manipulateurs. Leur traçabilité est effectuée. La traçabilité des vérifications et des actes est assurée dans le dossier informatisé spécifique du service de radiothérapie. La régulation des activités est assurée par le cadre de santé du service qui s'assure, grâce à un logiciel métier, du suivi des plannings de préparation et de traitements, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Toutefois, la traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient n'est pas assurée. Aucune procédure n'est en place pour tracer le consentement éclairé du patient en radiothérapie. Il n'y a pas de trace écrite du consentement éclairé du patient dans les dossiers.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en place du processus de radiothérapie. Un dispositif d'évaluation est effectif avec un suivi d'indicateurs quantitatifs (nombre de séances, taux de panne, délais de préparation et d'entrée en traitement) et qualitatifs avec analyse des événements indésirables. Les EI graves sont systématiquement déclarés à l'ASN, les autres étant traités en interne lors de CREX. Les visites de contrôle de l'ASN sont fréquentes (environ une par an) et donnent lieu à des recommandations dont le suivi de la mise en œuvre est assuré par la cadre de santé du service, en relation avec le service qualité - risques.

## 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 PAQSS institutionnel. Après analyse de dysfonctionnements, des actions d'amélioration sont identifiées, notamment : modification du matériel de contention, du mode de tatouage cutané, de la planification des rendez-vous, mise en place d'un questionnaire et d'une procédure afin d'éviter le risque de phénomène allergique lors d'injection de produit iodé lors du scanner de dosimétrie. La communication sur ces actions d'amélioration est faite en interne dans le service de radiothérapie, avec signature individuelle à la prise de connaissance des nouvelles procédures. La communication est également réalisée aux instances, notamment en CME, à la CDU.



### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient n'est pas assurée. Aucune procédure n'est en place pour tracer le consentement éclairé du patient en radiothérapie. Il n'y a pas de trace écrite du consentement éclairé du patient dans les dossiers.	26b

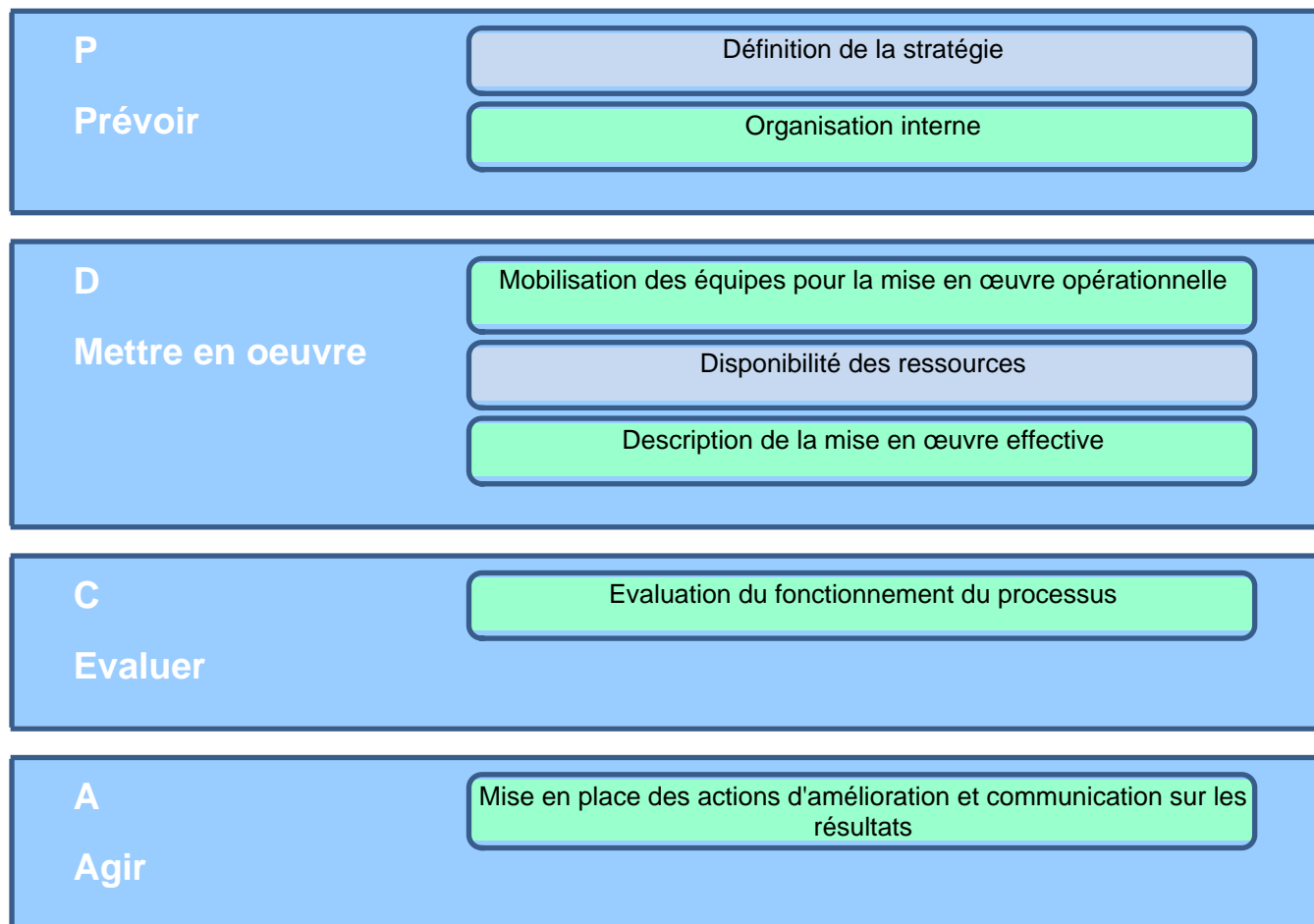
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de Saintonge a défini et formalisé sa stratégie du management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle. L'utilisation des techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale est récente dans l'établissement puisque l'activité de coronarographie a été mise en place en juillet 2014. Il existe, outre une stratégie, des objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et d'une analyse des risques propres, en particulier, l'analyse des risques a priori, réalisée par un groupe de travail pluri-professionnel. La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée et elle inclue aussi le risque radiologique vis-à-vis de la dosimétrie patient. L'analyse de risques initiale a été mise à jour en 2016 au regard des premiers dysfonctionnements observés et analysés. Ces risques ont été priorisés, et repris dans le compte qualité. Ils ont donné lieu à un plan d'actions d'amélioration, intégré dans le PAQSS institutionnel. Chaque action d'amélioration est dotée d'un pilote, d'un calendrier prévisionnel et d'un mode de suivi. Les risques les plus importants et/ou les plus fréquents ont été repris dans le compte qualité avec leurs plans d'actions. Cette stratégie et sa déclinaison ont été validées par les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

Le centre hospitalier a organisé le pilotage du processus. Le pilotage de la démarche est assuré conjointement par le médecin chef de service, le cadre supérieur du pôle médecine et la cadre de santé de l'unité de cardiologie interventionnelle (UCI). Ils disposent chacun d'une fiche de mission. La démarche qualité est documentée et actualisée. Son organisation permet d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité / sécurité propre au secteur. Les activités d'imagerie interventionnelle comportent essentiellement les domaines de la coronarographie et de la rythmologie cardiaque, avec en complément une activité de pose de cathéters de Canaud réalisé par un néphrologue. Ces activités sont réalisées dans un bloc dédié qui comporte deux salles d'intervention et une salle s'apparentant à une SSPI, où sont également accueillis les patients en pré-interventionnel. Une charte de fonctionnement de l'UCI a été rédigée, qui précise les modalités de fonctionnement, depuis les horaires, les personnels nécessaires, les modalités d'astreinte, la tenue des personnels, les mesures d'hygiène, les circuits des patients, entre autres. De nombreuses procédures sont identifiées et formalisées. La classification ISO de la qualité de l'air des salles interventionnelles a été définie sous la responsabilité du CLIN. Un conseil de l'UCI a été mis en place, dont la composition et le règlement intérieur sont définis. Des formations sont intégrés au plan de formation. Trois circuits patients ont été définis selon qu'il s'agit de patients programmés ou d'urgence relative ou absolue. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels sont organisées de même que le retour d'expériences les associant. Le circuit de déclaration des fiches des événements indésirables est organisée. Les FEI sont transmises au service qualité, et traitées au niveau du pôle médecine. Puis la formalisation d'un CREX est prévue.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les objectifs et les plans d'action opérationnels sont établis dans ce secteur en déclinaison de la démarche institutionnelle. Au regard de la taille réduite de l'équipe impliquée dans ce processus, les cadres de santé mobilisent les personnels pour la mise en œuvre opérationnelle du PAQSS lors de réunions de service régulières. Ils s'assurent du respect des procédures et gèrent les dysfonctionnements qui le nécessitent.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, en matériel et en documentation sont disponibles. En fonction des risques et besoins analysés, le CH a mis en place un personnel adéquat : 2 angioplasticiens, 3 rythmologues, 6 IDE, 3 manipulateurs, 1 aide-soignante. Le personnel d'astreinte pour les urgences comprend une IDE et un manipulateur. Une procédure est en place et diffusée aux professionnels pour l'appel des personnels d'astreinte en cas d'urgence. Une procédure est en place en cas de nécessité de recours à la chirurgie cardio-vasculaire dans les centres de référence de Poitiers ou Bordeaux. Un POPM est en place, et il y a 3 radio-physiciens et 2 PCR. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. La formation des personnels para-médicaux est assurée et une procédure de tutorat est en place pour les nouveaux arrivants. Les personnels sont formés à la radio-protection. Ils disposent du matériel de protection (tabliers, cache-thyroïde). Une dosimétrie passive et active est en place, avec un logiciel dédié, un classement des personnels selon le risque et un suivi par la médecine du travail. Un dispositif de

suppression des salles interventionnelles est en place avec contrôle permanent et accessible de la pression. Une procédure est en place en cas de non-conformité des résultats de contrôle de la qualité eau, air, surfaces. Un logiciel spécifique permet le contrôle et la traçabilité des actes réalisés, ainsi que les doses de radiations reçues par le patient. Ses données sont colligées au niveau national. La gestion des DM et DMI est assurée à l'aide d'un logiciel spécifique, interfacé avec la PUI et sous sa responsabilité. La maintenance préventive et curative des matériels est assurée par le service bio-médical et les intervenants externes (constructeurs) avec logiciel de GMAO. Une procédure est en place pour pallier à l'indisponibilité du matériel.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle. Le cahier d'ouverture de salle interventionnelle est en place et trace les vérifications indispensables préalables aux interventions. Le personnel porte les dosimètres et les matériels de radio-protection. La signalisation concernant les zones à risque quant au risque de radiations est en place. Les procédures mises en place pour assurer la qualité et la sécurité des soins sont appliquées, notamment celle concernant l'appel des personnels d'astreinte en cas d'urgence. Le conseil de l'UCI se réunit 2 à 3 fois par an, avec rédaction d'un compte-rendu. La cadre de santé assure la régulation de l'activité : respect de la programmation, sécurité du patient, gestion des urgences, en accord avec les praticiens, ainsi que le traitement des dysfonctionnements. Les circuits sont connus, appliqués et respectés par les professionnels de ce secteur. Les interfaces sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, dosimétrie patient, dosimétrie opérateurs, etc.).

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilan d'activités, etc.). Des audits ont été réalisés, notamment sur la friction hydro-alcoolique des mains, et la préparation du patient. Une RMM a été réalisée dans le secteur de l'UCI, avec mise en place d'une action d'amélioration. L'UCI suit des indicateurs : nombre d'actes réalisés, nombre de FEI.

### A / AGIR

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

Bien que l'activité de coronarographie soit récente, les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. Des actions d'amélioration ont déjà été mises en place : rédaction d'une procédure d'identification des patients arrivant en urgence par les SAMU partenaires, et d'une procédure d'appel des personnels d'astreinte notamment. Ces actions d'amélioration sont portées régulièrement à la connaissance des personnels. La communication des résultats et des actions réalisées, en interne comme en externe, est réalisé auprès des professionnels, dans les instances, des patients et des usagers (CDU).

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

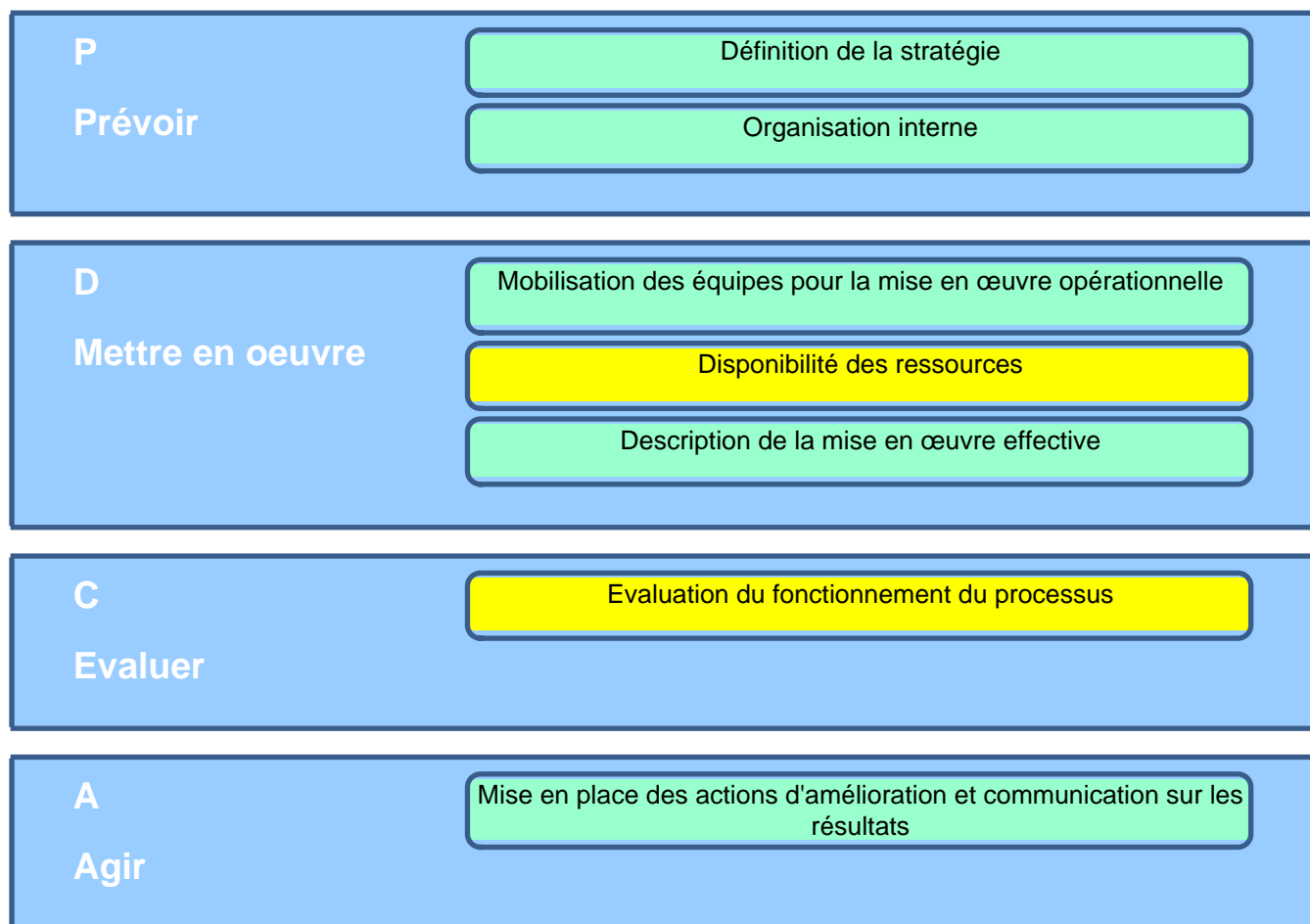
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Au centre hospitalier de Saintonge à Sainte, l'activité d'endoscopie se décline dans quatre spécialités: gastro-entérologie, urologie, ORL, bronchique. Intégrée au bloc opératoire, deux salles sont disponibles pour permettre les endoscopies sous anesthésie générale dans une salle. Dans l'autre salle, sont réalisées les endoscopies sans anesthésie générale, principalement les bronchoscopies. Une salle de traitement des endoscopes est attenante. En urologie, elles sont réalisées soit dans le bloc opératoire directement dans une salle d'intervention, soit aux consultations urologiques. Dans les deux cas, il est prévu respectivement un local de traitement spécifique. L'établissement prend en charge des endoscopies trans œsophagiennes au sein des consultations de cardiologie, également pourvues d'une zone de pré-désinfection. Les consultations en ORL prennent en charge l'ensemble des fibroscopies de la spécialité avec un local dédié de traitement des endoscopes. En réanimation il existe un fibroscope pour les intubations difficiles, à usage unique. L'établissement a, jusqu'alors, reposé son organisation par secteurs. Le secteur le plus représentatif est la spécialité de gastro entérologie.

Une réflexion a débuté sur le fait de coordonner l'ensemble du secteur de manière uniforme. A ce titre, l'organisation est modifiée et un conseil d'endoscopie est crée. Il se réunit une première fois le 10 octobre 2016. Le pilotage institutionnel commun est ainsi en cours de structuration. La démarche qualité entreprise sur la prise en charge des patients en endoscopie est menée via l'analyse des risques à priori. Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, essentiellement en lien avec le bloc opératoire. Des objectifs d'amélioration, le traitement des événements indésirables et des plans d'actions correctrices issus d'une analyse des risques à priori sont identifiés et élaborés. Les principaux axes identifiés sont l'uniformisation des pratiques, la prévention du risque infectieux, l'utilisation de la check list "endoscopie", l'actualisation des pratiques professionnelles. Ces éléments alimentent le PAQSS et le compte qualité qui sont articulés pour ce processus. Ils sont déclinés dans un programme d'actions formalisé et priorisé du secteur. La stratégie et son programme sont présentés et validés par les instances concernées.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire, l'activité étant fortement intégrée avec celle du bloc opératoire. Le circuit des endoscopies est également défini dans le guide des organisations. Cette organisation prend en compte les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge (conventionnel, anesthésie locale et urgences). Elle fiabilise le processus de prise en charge en endoscopie. Le responsable qui coordonne l'ensemble du secteur d'endoscopie est le cadre de santé, infirmier anesthésiste. Il pilote le processus avec un médecin gastro-entérologue. Leurs missions sont décrites, ce qui permet la mise à disposition en temps utile des ressources humaines et matérielles. Ils animent le Conseil d'Endoscopie qui est composé des principaux acteurs intervenants en endoscopies selon les spécialités (médecin et cadre de santé). L'ensemble des membres du Conseil d'endoscopie est garant de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins dispensés au sein des unités d'endoscopie. Les fiches de poste des professionnels travaillant en endoscopie ainsi que leurs missions sont formalisées. La gestion des différents endoscopes, fibro-endoscopes, bronchoscopes et des locaux s'intègrent dans la conformité : suivi des matériel, maintenance préventive et maintenance curative, contrôle qualité et suivi bactériologique (surfaces, air, eau, etc.). De nombreuses procédures sont disponibles pour les professionnels, dans le système de gestion documentaire informatisé. Cependant, l'établissement n'a pas formalisé de procédure de transport des endoscopes, principalement en ORL et pour les endoscopies trans-œsophagiennes. En effet, il n' a pas été retrouvé de procédure de transport des endoscopes. Les pratiques reposent essentiellement sur les habitudes et l'oralité des professionnels.

Un plan de formation relatif au traitement des endoscopes et aux règles d'hygiène et de bonnes pratiques est prévu : formation institutionnelle sur le risque endoscopique, formations spécifiques, radioprotection. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels avec les secteurs d'activités cliniques, médico techniques et logistique, par spécialité. L'interface avec l'équipe opérationnelle d'hygiène est organisée, de même que celle avec le service biomédical. La communication intègre l'implication de professionnels dans l'élaboration et la mise à jour des procédures, les formations internes et externes, l'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables, la mise en oeuvre des plans d'actions issus de la cartographie des risques et la RMM en gastro-entérologie.

**D / METTRE EN OEUVRE**



## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés et priorisés, le secteur d'endoscopie a défini des plans d'actions opérationnels, dont en particulier l'uniformisation des pratiques professionnelles, le respect des règles d'identitovigilance, la mise en place de la check list en endoscopie, la maîtrise du risque infectieux par le respect des bonnes pratiques. Ils impliquent les professionnels de chaque spécialité, dans le cadre de la prise en charge des patients en endoscopie. Afin de donner une assise transversale et plus globale à l'ensemble des activités d'endoscopie, un conseil d'endoscopie est mis en place depuis octobre 2016. A ce titre, un état des lieux est en cours de réalisation. Le cadre de santé IADE et un médecin gastro-entérologue sont en charge du processus. Ils s'assurent du déploiement et de la mise en œuvre des premières actions identifiées. Par secteur, un responsable est identifié pour réguler les activités et garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient. En ORL, l'activité est intégrée à l'activité de consultations. En urologie, elle est réalisée au bloc opératoire et aux consultations. Pour la gastro-entérologie et la pneumologie, l'activité se déroule intégralement au bloc opératoire, placé sous la responsabilité du cadre de santé IADE. Chaque cadre de santé du secteur s'assure de la conformité des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues. De nombreuses évaluations de conformité sont réalisées. La conformité des pratiques s'appuie aussi sur l'information, la formation, les procédures et la check List précèdent l'acte, récemment mise en place. Des audits de conformités aux bonnes pratiques sont faits en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. La concertation interprofessionnelle est favorisée en particulier dans l'analyse des dysfonctionnements, des événements indésirables, dans la mise en place des actions issues de la cartographie des risques et lors de RMM et / ou des CREX, si besoin. Les objectifs et plans d'actions opérationnels se structurent autour des axes d'amélioration définis. Des actions correctrices sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse de résultats, etc...). La communication en interne est réalisée, par l'intermédiaire de l'outil informatique et d'un journal interne. La mise en place du Conseil d'endoscopie va installer une régularité et permettre de faire circuler et diffuser les informations relatives à ce secteur.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et paramédicales sont en place et au regard de la réglementation et de la fiabilisation des prises en charge.

Les matériels sont conformes et les contrôles techniques sont prévus et réalisés. La maintenance curative des endoscopes est en place.

Cependant les locaux ne sont pas tous conformes. En effet, bien que quatre locaux de pré-désinfection terminale soient conformes à la réglementation, le local de pré désinfection n'est pas conforme aux consultations de cardiologie. La pré désinfection de la sonde d'ETO se déroule dans la salle d'examen.

La documentation est accessible dans le logiciel de gestion documentaire. Les professionnels respectent les procédures et établissent le principe de "marche en avant". Les objectifs de formation et les compétences sont définis et disponibles : prise en charge des endoscopes, gestion des risques, implication dans le réseau, etc. Les professionnels exerçant sur les sites de désinfection sont formés. Un système de compagnonnage est en place pour les nouveaux arrivants.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité d'endoscopie met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, au travers des plans d'actions, de la déclinaison des bonnes pratiques et de l'implication de l'ensemble des professionnels. Chaque cadre de santé assurent la régulation des activités d'endoscopies, y compris pour les actes urgents. Les interfaces logistiques, techniques et avec le service d'hygiène sont effectives. Les documents nécessaires sont présents dans le dossier du patient, qu'il soit sous format papier ou informatique : prescription, compte rendu d'examen, Check List, etc. La check List « sécurité du patient en endoscopie » est mise en œuvre. Le recueil du risque ATNC est en place. L'information est donnée au patient sur la nature de l'acte qu'il va recevoir. Il existe des supports selon la nature de l'acte réalisé pour les actes les plus fréquents.

Cependant, la traçabilité de l'information bénéfique risque n'est pas systématiquement réalisée. Des supports d'informations issus des sociétés savantes sont en place sur le secteur, principalement en gastro-entérologie. Mais bien que l'information soit délivrée oralement au patient, la traçabilité de celle-ci n'est pas assurée dans le dossier patient. Sa trace n'est également pas toujours retrouvée dans les courriers médicaux. La traçabilité du processus de désinfection des endoscopes et par patient est assurée sur les différents supports papiers et informatique. La fiabilisation de l'identification du patient est établie (port de bracelet, vérification concordance identité et date de naissance, etc.). Sur l'ensemble du secteur, les circuits sont respectés et les interfaces sont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus de prise en charge en endoscopie est réalisée, en particulier par l'intermédiaire d'audits d'applications des bonnes pratiques et de respect des procédures : hygiène des mains, audits de

prise en charge du traitement des endoscopes, audit de conformité de l'application de la check-list en endoscopie, audits du réseau ARLIN, etc. L'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables est réalisée, si la situation le requiert. Cependant, l'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus. Sur l'ensemble du secteur, les indicateurs ne sont pas produits et analysés à périodicité définie. Un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs quantitatifs est en place, liés aux indicateurs suivis au bloc opératoire. Quelques indicateurs sont ainsi suivis mais ne sont pas spécifiques au secteur endoscopique de l'établissement. Il n'y a pas de rapport d'activités spécifique au secteur.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre en cohérence avec les résultats obtenus lors des évaluations et en fonction de l'activité, en particulier en gastroentérologie. Il existe des RMM en anesthésie et en gastro-entérologie. Des RCP sont en place. Des EPP sont effectives : évaluation de la prise en charge des endoscopes, pratiques professionnelles, etc. L'ensemble de ces actions et ces évaluations est intégré et articulé avec le PAQSS institutionnel. La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers lors des instances, dans le site internet.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'établissement n'a pas formalisé de procédure de transport des endoscopes, principalement en ORL et pour les endoscopies trans-œsophagiennes. Il n' a pas été retrouvé de procédure de transport des endoscopes. Les pratiques reposent essentiellement sur les habitudes et l'oralité des professionnels.	26b
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne sont pas tous conformes. Bien que quatre locaux de pré-désinfection terminale soient conformes à la réglementation, le local de pré désinfection n'est pas conforme aux consultations de cardiologie. La pré désinfection de la sonde d'ETO se déroule dans la salle d'examen.	26b
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'information bénéfice risque n'est pas systématiquement réalisée. Des supports d'informations issus des sociétés savantes sont en place sur le secteur, principalement en gastro-entérologie. Mais bien que l'information soit délivrée oralement au patient, la traçabilité de celle-ci n'est pas assurée dans le dossier patient. Sa trace n'est également pas toujours retrouvé dans les courriers médicaux.	26b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus. Sur l'ensemble du secteur, les indicateurs ne sont pas produits et analysés à périodicité définie. Un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs quantitatifs est en place, liés aux indicateurs suivis au bloc opératoire. Quelques indicateurs sont ainsi suivis mais ne sont pas spécifiques au secteur endoscopique de l'établissement. Il n'y a pas de rapport d'activités spécifique au secteur.	26b

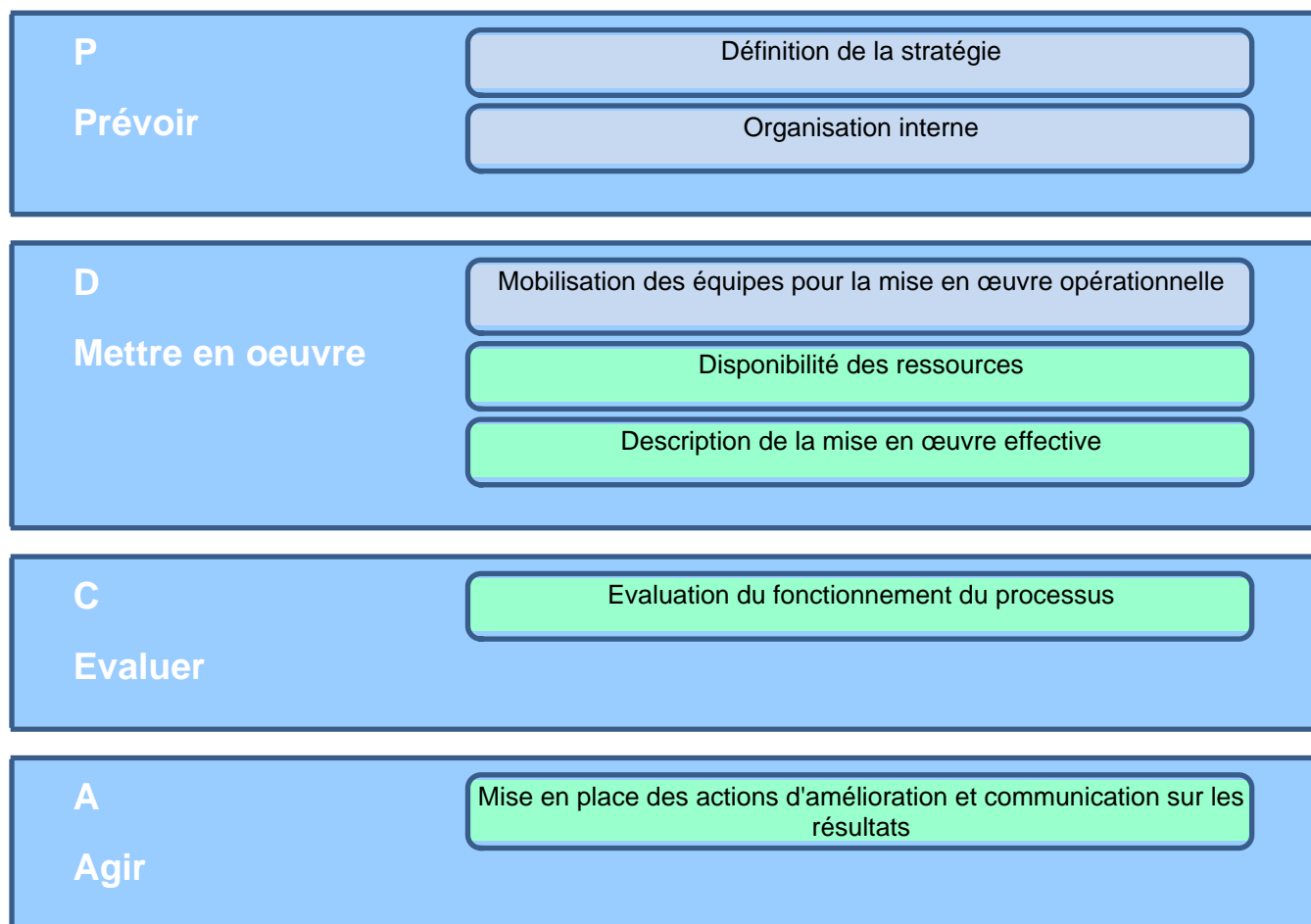
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre Hospitalier de Saintonge dispose d'une maternité de niveau 2 B. Elle s'inscrit au sein d'un réseau régional, le centre de référence étant POITIERS. Selon la distance géographique de la parturiente dans le département, le CHRU de BORDEAUX peut être également un établissement de recours. Il a réalisé un peu moins de 1500 naissances en 2015 (1476). Son taux de césarienne est de 18.5%. Le secteur de naissance comporte 4 salles de naissance, 3 salle de pré- travail, une salle d'urgence avec 2 postes de réanimation pour le nouveau-né, un secteur de consultations, ainsi qu'un secteur dédié aux urgences obstétricales. Le secteur est contigu au bloc opératoire pour les césariennes. Le service de réanimation néonatale se situe au même niveau. Il est accessible. L'organisation du secteur de la salle de naissance est définie pour les accouchements et les urgences obstétricales, dans une charte de du bloc obstétrical, en cours de validation. Il existe une stratégie et des objectifs qui prennent en compte le niveau de risque foeto - maternel en fonction du type de la maternité de l'établissement. A ce titre, les collaborations inter-établissements sont formalisées dans le cadre du réseau régional Poitou Charentes. L'activité de périnatalité du centre hospitalier et les collaborations mises en œuvre sont ainsi adaptées en fonction des besoins identifiés et de la réponse que peut apporter une maternité de niveau 2B travaillant dans ce réseau. De même le pilotage du parcours patient en périnatalité est identifié: fiabilisation du parcours dans le territoire de santé d'une part et prise en charge globale médico psycho sociale d'autre part. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions, des indicateurs IQSS spécifiques à la salle de naissance et de l'analyse des risques propres à la salle de naissance de l'établissement. L'analyse a permis d'identifier et de hiérarchiser les processus à risques à priori en vue d'établir le programme des actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Elle est structurée sur la base d'une démarche processus de prise en charge du patient pour les différents types de prise en charge (circuit programmé, urgences, etc.). Elle intègre les processus support, logistiques (matériel, approvisionnement, linge, déchets, etc.). Les professionnels y sont associés par l'intermédiaire des réunions du secteur, des staffs et du groupe de travail associant les responsables du pilotage (CSS sage-femme coordinatrice, obstétricien), 2 gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, aide-soignants et auxiliaires de puéricultrice. Un membre de la cellule qualité intègre le groupe pour un accompagnement méthodologique. Les risques identifiés ont permis de dégager des axes prioritaires : l'admission et l'identification du nouveau-né, la prise en charge d'un couple présentant des risques médico-psycho-sociaux, les prises en charge inadaptée, les risques relatifs aux complications obstétricales, le risque de prise en charge lié à l'hémorragie du post partum, la prise en charge du nouveau né à risque (malaise anoxique, inadaptation à la vie extra-utérine), etc. Un recueil et une analyse des événements indésirables graves avec un retour d'expérience aux professionnels permettent également la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Cette stratégie est validée par les instances concernées. Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, qui se trouve à la fois dans le compte qualité et dans le PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le secteur de la salle de naissance. Les pilotes sont un responsable médical obstétrical et le coordonnateur sage femme du secteur et du pôle. La mission, les rôles et les responsabilités des pilotes du processus sont identifiés dans une fiche nommée "stratégie - salle de naissance". Une charte du bloc obstétrical est en cours de mise en place. Elle assure la sécurité de la prise en charge de la patiente et du nouveau né dans ce secteur, en prenant en compte les circuits, les responsabilités et les missions. Elle identifie et décrit les parcours de soins en considérant les différentes typologies de patientes : physiologique, haut risque maternel périnatal, risque néonatal et risque médico psycho social, tout en s'inscrivant le plus possible dans un lien ville (professionnels libéraux) - hôpital. Au regard de ses missions et des risques identifiés en salle de naissance, l'établissement a également organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Cette organisation permet de mettre à disposition en temps utile l'ensemble de ces ressources. Elle précise les responsabilités de chaque professionnel y intervenant et la gestion des ressources humaines en adéquation entre les effectifs et les besoins en compétences. La continuité des soins est organisée (gardes gynécologue et pédiatre). Le système d'appel en urgence du personnel du bloc obstétrical est déterminé dans une procédure "prise en charge de la césarienne non programmée", avec des DECT et numéros de poste définis. Les besoins prévus en formation des professionnels sont adaptés aux besoins identifiés. Outre les formations institutionnelles, notamment les gestes de réanimation en salle de naissance, les ateliers "analyse de rythme cardiaque fœtale", la prise en charge des patientes présentant des risques médico-psycho-sociaux, la délivrance artificielle et révision utérine, les participations aux journées de Printemps du réseau périnatal Poitou-Charentes, l'établissement a prévu en 2017, des formations à la communication, à la prise en charge du deuil périnatal. La gestion des équipements en termes de contrôle et de maintenance (matériel en salle

d'accouchement à chaque nouvelle parturiente et matériel prévu pour la réanimation du nouveau-né, chariots d'anesthésie et chariots d'urgence vitale pour la mère et le nouveau né)) ainsi que la gestion environnementale (locaux, déchets, traitement de l'air pour la salle de naissance dédiée aux césariennes en code "rouge" et intégrée au secteur) sont déterminés. La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Les modalités et périodicités sont prévues. La disponibilité du matériel d'urgence est organisée. La salle d'opération dédiée aux césariennes en urgences est située au sein du bloc opératoire. Elle est à proximité immédiate de la salle de naissance et l'équipe sur place est en capacité d'intervenir en urgence. Des procédures en lien avec la prise en charge en salle de naissance sont prévues (prise en charge du nouveau-né dans les premières heures de vie, pratique du peau à peau en salle de naissance, prise en charge de la patiente césarisée en SSPI, patiente arrivant aux urgences et présentant une pathologie obstétricale avérée, HPP, identification du bébé, etc.), de même que leur diffusion au moyen du dispositif de gestion documentaire informatisé.

L'organisation des transferts de la mère et/ou de l'enfant est formalisée dans des conventions spécifiques. L'obtention en urgence des produits sanguins labiles est organisée. La sécurité de l'identification des femmes et des nouveaux-nés est organisée. Des modalités sont en place pour faciliter l'accès aux données respectives de la mère et de l'enfant (procédure sous X, adoption, etc.). Les interfaces avec les services médico techniques et les services prestataires (pharmacie, laboratoires...) permettent les échanges d'information nécessaire à la prise en charge de la patiente entre les différents secteurs et les professionnels. Il existe une fiche de liaison maternité/service de néonatalogie. L'interface de la salle de naissance avec le bloc opératoire est organisée. Les interfaces avec la Direction qualité gestion des risques sont également prévues, avec un lien étroit entre la coordinatrice sage-femme du pôle parents-enfant auquel est rattaché le secteur de la salle de naissance.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur de salle de naissance ont été établis. La démarche est déclinée en fonction des objectifs institutionnel et dans le cadre du réseau régional. Elle est également déclinée selon des plans d'actions opérationnels, à priori selon la cartographie des risques, à postériori avec un traitement des dysfonctionnements et des événements indésirables. La réalisation de la cartographie des risques en périnatalité a mobilisé de nombreux professionnels et a permis la constitution d'un groupe de travail. Les principales thématiques dégagées ont identifié la prise en charge de la réanimation du nouveau né, la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, la prise en charge médico-psycho-sociale. Les professionnels sont sensibilisés lors des réunions de service bimensuelles, des réunions mensuelles du bureau de pôle et de l'encadrement, des staffs, lors de CREX et de la RMM (en place depuis 2015 selon une périodicité de 4 mois). La coordonnatrice sage-femme du secteur salle de naissance s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors des staffs ou des réunions de services. La culture qualité - sécurité des soins est réalisée. La régulation des activités est assurée afin de garantir le respect de la programmation en lien avec les consultations, les urgences obstétricales, le bloc opératoire, le bloc obstétrical et la sécurité des patientes et des nouveaux nés. Des actions correctrices sont identifiées si besoin (césarienne en urgence, HPP, réanimation du nouveau-né), en cas de dysfonctionnement et/ou de baisse d'indicateurs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La démarche d'amélioration de la qualité et gestion des risques, assurant la sécurité de la prise en charge de la patiente et du nouveau né est inscrite au sein du secteur. Les ressources en documentation, matériel et compétences sont disponibles en salle de naissance. Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures et des protocoles concernant les prises en charge dans leur dimension médico-soignante et réglementaires, dont ceux partagés avec le réseau régional. Elles sont intégrées dans le système de gestion documentaire de l'hôpital. Elles sont accessibles par le système informatisé de gestion documentaire. Elles sont validées et réactualisées en fonction des évolutions internes, de l'avancée des technologiques et des obligations réglementaires. La permanence des soins est assurée. Une équipe médico soignante anesthésique et une équipe de médecins pédiatre en néonatalogie travaillent en coordination en salle de naissance. Des plannings de gardes sont ainsi définis et mis en place pour l'ensemble des spécialités requises (obstétricien, pédiatre, anesthésiste, etc.). Des tableaux d'effectifs sages-femmes et auxiliaires de puéricultrices ou aides -soignants sont définis en fonction des activités et de la sectorisation du secteur, en respect de la norme réglementaire. L'organisation de l'activité programmée, en lien avec le bloc opératoire si besoin, et la salle de naissance est en place. Le suivi de l'activité programmé est assuré. L'établissement met en œuvre le plan de formation prévu, en interne et en externe. De nombreux professionnels, en particulier les sage-femmes, possèdent des formations spécifiques : échographie, acupuncture, hypnose périnatalité, consultations de lactation, hygiène alimentaire, tabacologie. Une sage-femme exerce également des fonctions de conseillère conjugale, pour lesquelles elle a reçu une formation. L'acquisition de ces compétences permet de proposer aux femmes enceintes et aux couples des cours spécifiques de préparation à la naissance, et/ou des prises en charge personnalisées après l'accouchement. L'intégration du système d'information du

secteur de la salle de naissance est prévue. Sur ce secteur, Le dossier d'accouchement est sous format papier, de même que le partogramme. Le dossier anesthésique est intégré dans un logiciel dédié. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est informatisé. Le dossier du nouveau-né est intégré avec le dossier d'accouchement papier de la mère. En cas d'hospitalisation du nouveau-né, la continuité des soins est assurée entre le dossier papier et le dossier informatisé. Une fiche de liaison maternité - service de néonatalogie est en place. Enfin, les chariots d'urgences sont disponibles et vérifiés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge de la patiente et du nouveau né : programmation, filières, gestion des salles de pré travail et de travail, salle de césarienne au bloc, règles de bonnes pratiques, contrôles, hygiène, approvisionnements, etc. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le bloc obstétrical est pourvu d'une procédure spécifique de bio - nettoyage. Les interfaces logistiques sont effectives, en articulation avec le parcours de la patiente en salle de naissance et la prise en charge du nouveau né. Les objectifs qualité sécurité des soins sont mis en œuvre, au travers des plans d'actions, des analyses des dysfonctionnements et des événements indésirables, de RMM en gynéco obstétriques et en pédiatrie - néonatalogie. Des évaluations des pratiques professionnelles selon les recommandations des bonnes pratiques sont réalisées. Des EPP sont en place, relatives notamment à la pertinence des césariennes programmées. Suite au score de l'indicateur hémorragie du post-partum (en C), celui-ci fait l'objet d'évaluations intermédiaires, avec un plan d'actions et d'un suivi spécifique. La traçabilité des actions et des activités est assurée. Elle inclue les vérifications effectuées sur les actes, les matériels en termes de nettoyage/désinfection, de maintenance et de contrôles. A ce titre, il existe de nombreuses check list : caddy salle de naissance, chariot salle de naissance, chariot péridural, salle de naissance, table de réanimation pédiatrique, 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. Il existe ainsi des indicateurs d'activités institutionnels suivis dans le cadre du pilotage du pôle (DMS, occupation, etc... ). Le secteur de naissance suit également des indicateurs spécifiques IPAQSS (HPP, etc.). Un nouveau recueil a été réalisé en avril 2016 sur 15 dossiers qui montre une amélioration significative sur l'échantillon de la prévention et de la prise en charge des hémorragies du post partum. Cependant, l'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus. Un suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est réalisé de manière informelle par la sage-femme coordinatrice en charge du secteur et du pôle. Il n'existe pas un tableau de bord spécifique intégrant tous les indicateurs identifiés dans le processus salle de naissance. L'analyse des indicateurs est réalisée de façon macroscopique et l'absence de contrat de pôle ne permet également pas une analyse plus fine en corrélation avec les indicateurs polaires. Il n'existe pas de rapport annuel d'activités du secteur. Le recueil et l'analyse des événements indésirables graves avec implication des professionnels et mise en place du retour d'expérience sont effectifs en salle de naissance. L'analyse des dysfonctionnements est réalisée en lien avec les thématiques identifiées lors de l'analyse des risques sous forme de RMM, d'EPP et de CREX. Le taux de satisfaction des patientes est suivi en relation avec la CRU et la direction qualité gestion des risques. Les résultats sont communiqués aux professionnels lors des staffs et dans le système intranet. Il n'existe pas de rapport annuel d'activités du secteur.

### A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques en continu de façon à déterminer des éventuelles mesures d'amélioration correctrices complémentaires au sein du secteur. Ainsi, de nouvelles EPP sont débutantes : suivi du taux de césarienne code orange pour souffrance fœtale (étape 2), suivi des grossesses gémellaires à partir du 8ème mois (étape 2), évaluation de la prise en charge l'acidose néonatale sévère (étape 1). Les actions et les évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS, en lien avec le programme d'actions du compte qualité. La communication des résultats est assurée au sein du pôle, selon des modalités propres au secteur(RMM, EPP, CREX, réunions de services, staffs...). Au sein du centre hospitalier, les résultats et actions sont communiqués, notamment en CME. Des liens sont réalisés au sein du réseau de périnatalité régional. La communication auprès des patients et des usagers est en place (livret d'accueil spécifique, internet...).



**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	<p>L'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus.</p> <p>Un suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est réalisé de manière informelle par la sage-femme coordinatrice en charge du secteur et du pôle. Il n'existe pas un tableau de bord spécifique intégrant tous les indicateurs identifiés dans le processus salle de naissance. L'analyse des indicateurs est réalisée de façon macroscopique et l'absence de contrat de pôle ne permet également pas une analyse plus fine en corrélation avec les indicateurs polaires.</p> <p>Il n'existe pas de rapport annuel d'activités du secteur.</p>	26b

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

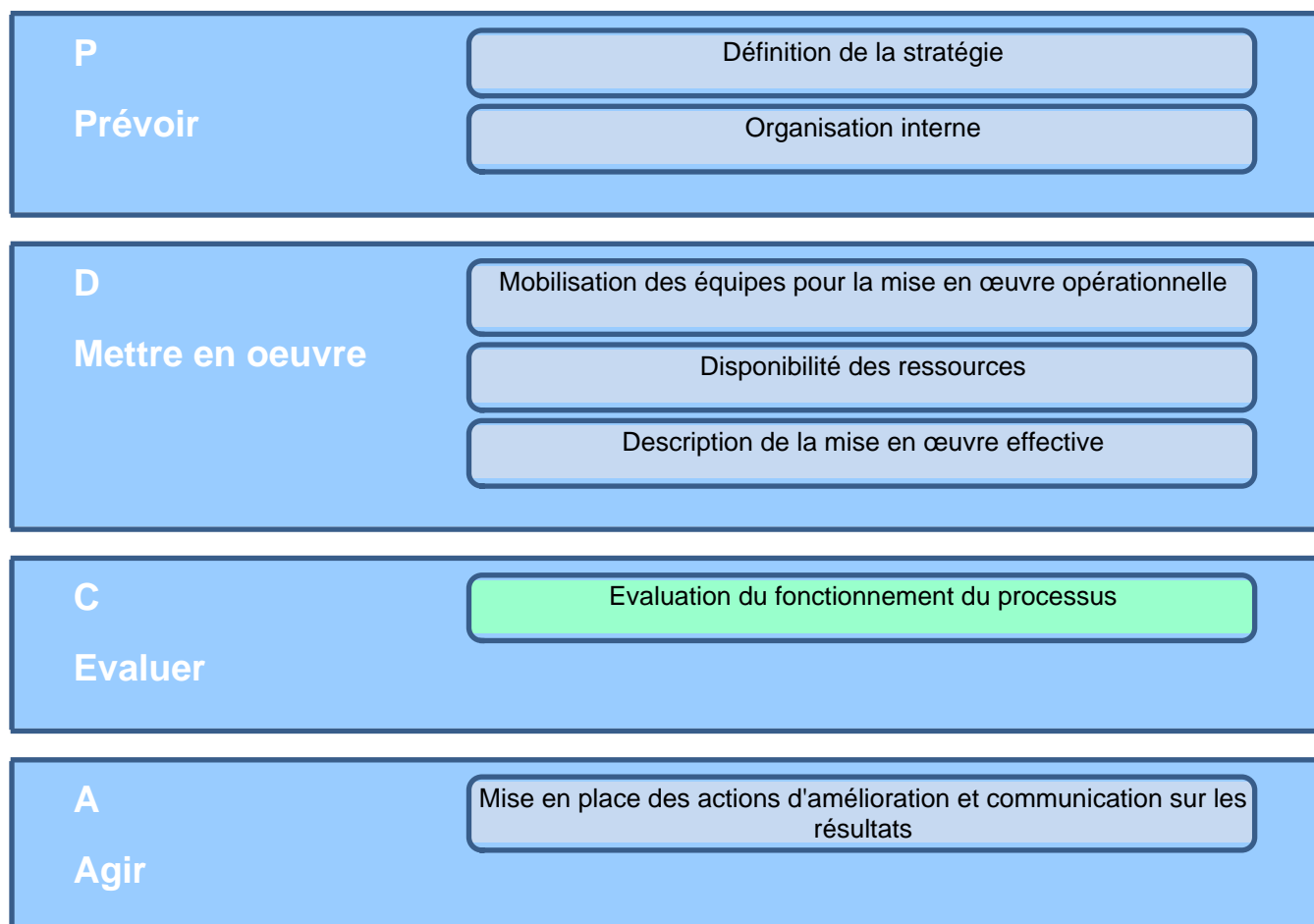
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le développement de la HAD s'inscrit dans la stratégie de l'établissement de diversifier les formes de prise en charge des patients afin d'offrir une offre de soins répondant mieux aux besoins des patients, offre complémentaire à l'hospitalisation traditionnelle. Le secteur de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) du centre hospitalier de Saintonge à Sainte s'est ainsi étendue sur le territoire est de la Charente Maritime. Le nombre de patients pris en charge croît pour atteindre une moyenne de 42 patients/ jour en 2015. Pour définir sa stratégie en matière de gestion des équipements et produits au domicile du patient, le CH de Saintonge a pris en compte ce contexte de croissance qui impose une révision de ses modes de gestion, induit des risques liés à une plus grande gamme de produits et matériels utilisés et surtout un plus grand nombre d'intervenants libéraux (800 intervenants en 2015 dont des médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes). Le service a procédé à une description complète du processus de prise en charge du patient sous la forme d'un logigramme Il a ensuite élaboré une cartographie de ses risques à priori. Les risques à postériori ont été recensés à partir des événements indésirables. Le Centre Hospitalier a hiérarchisé ses risques et les a intégrés au compte qualité pour les principaux. Les professionnels ont été associés à l'identification de ces risques. Les objectifs d'amélioration découlant de ces constats sont identifiés. Ils figurent dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Ils ont été présentés aux instances concernés (CME, Directoire, Conseil de Surveillance, etc.).

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré conjointement par le médecin chef du service et le cadre de santé du secteur. Leurs missions sont identifiées, ainsi que leurs rôles et leurs responsabilités. Une charte de fonctionnement et un règlement intérieur fixent les modalités d'intervention à domicile et les responsabilités des différents acteurs : médecins, IDE, pharmaciens du Centre hospitalier d'une part, médecins, infirmières coordonnatrices, pharmaciens libéraux d'autre part. Cette organisation interne permet de garantir la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile du patient. La fonction logistique est assurée par le service économique pour la fonction achat et par une logisticienne affectée spécifiquement au secteur de la HAD. Les procédures de gestions des admissions et de coordination sont assurées par les infirmiers du service. L'intervention de professionnels libéraux, en nombre très important, nécessite, s'agissant d'actes très spécifiques et particuliers, des actions de sensibilisation, formation, accompagnement. Ces dernières sont contractuellement assurées par les sociétés prestataires de service à chaque entrée en HAD. Les infirmières coordonnatrices de la HAD sont également à disposition des professionnels libéraux. Le service de HAD s'est engagé à inviter les infirmière libérales à participer aux séances de formation spécifiques qu'il organise. Les formations organisées portent sur l'utilisation des matériels installés au domicile ainsi que sur les procédures à enclencher en cas de dysfonctionnement. Malades et éventuellement accompagnants sont également formés à l'utilisation des matériels, aux conditions de sécurité liées à leurs utilisations. La gestion électronique des documents permet aux professionnels du CH d'accéder aux procédures et protocoles appliqués en HAD. Les malades et leurs familles disposent quant à eux d'informations écrites sur les matériels, conduites à tenir quant à leur utilisation. Une astreinte des infirmières coordonnatrices permet de traiter les demandes de fourniture en urgence. Les modalités en sont prévues contractuellement avec les prestataires de service. Un numéro unique et centralisé d'appel disponible 24/24 réceptionne les appels des malades et familles en cas d'urgence.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre de santé et le médecin responsables de l'HAD mettent en œuvre les objectifs et plans d'action définis, propres à ce secteur, en déclinaison du PAQSS institutionnel du centre hospitalier. Ils informent et sensibilisent l'ensemble des professionnels, hospitaliers, libéraux et prestataires lors de réunions. Les infirmières coordonnatrices démultiplient aussi les informations auprès des malades, familles et intervenants libéraux. L'adhésion des professionnels de la HAD au plan d'action a été favorisée par leur participation à l'élaboration du projet de service qui a défini, avec l'aide d'un intervenant extérieur, l'organisation et le rôle de chaque acteur. Elle a généré des réflexions sur les actions d'amélioration. Les professionnels de l'HAD connaissent le projet du service, les risques, les résultats des indicateurs et les actions d'amélioration mis en œuvre. La conformité des pratiques est évaluée grâce au recueil des IQSS et d'indicateurs spécifiques. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Les moyens de signalement des événements indésirables sont en place, y compris au domicile du patient et connus des divers acteurs.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif et formation), en matériel et en documentation sont en place. Une présence IDE est ainsi assurée 24 heures sur 24 à partir d'une planification mensuelle. Elle dispose de l'ensemble des numéros de téléphone utiles permettant une intervention au domicile du patient en cas de besoin. Les prestataires et des partenaires des prises en charge ont une obligation contractuelle d'intervention sur demande du secteur HAD. En interne, les formations des intervenants de l'HAD (IDE de coordination, Cadre..) à l'utilisation des nouveaux dispositifs médicaux sont organisées par le prestataire. Le prestataire fournisseur de matériel a l'obligation contractuelle de former les intervenants libéraux à l'utilisation des matériels, formation plaies et adaptations aux pathologies et techniques et matériels et produits. Les locaux et les équipements permettent le fonctionnement du secteur. Un « magasin » permet de stocker tout le matériel non stérile à délivrer au patient. Les dispositifs médicaux stériles sont stockés à la PUI dans des locaux adaptés. L'organisation interne garantit la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile du patient par l'utilisation de véhicules de transports adaptés. Un pool de véhicules, dont le suivi est organisé, est à disposition des professionnels. Les véhicules des professionnels du soin sont adaptés au transport du matériel propre et le retour des DASRI est organisé en container fermé. Les professionnels disposent de téléphones pour communiquer entre eux. Les ressources documentaires sont disponibles via le système de gestion documentaire informatisé et dont le cadre de santé, l'IDE coordonnatrice du secteur assurent le relai auprès des professionnels du CH et libéraux.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La coordination entre le service logistique et les antennes de soins est réalisée principalement par l'IDE coordonnatrice, la logisticienne et les pilotes de processus. L'identification des besoins est initiée avec le patient et/ou son entourage lors d'une visite d'admission, y compris au domicile. Cette visite permet de recueillir l'accord du patient à ce mode de prise en charge et de définir l'ensemble de ses besoins et ceux induits par les soins. La faisabilité médicale de la HAD, l'identification des besoins du patient et de sa capacité à assumer le dispositif mis en place est un travail d'équipe regroupant médecin et IDE coordonnateurs ainsi que le médecin de famille qui assurera le suivi du patient. Une délivrance nominative est organisée pour tous les dispositifs médicaux. Dans le cas d'un recours aux pharmacies d'officine, leurs capacités à fournir les dispositifs nécessaires dans les délais et dans les conditions requises (maintien chaîne du froid, rupture de stock, etc.) sont préalablement vérifiées. L'entrée effective en HAD n'est réalisée qu'après vérification par l'infirmière coordonnatrice de la fourniture effective du matériel et des produits et de l'opérationnalité de l'organisation retenue. Les prestataires ont une obligation d'information et de formation du patient et de ses proches à l'utilisation des matériels mis à disposition. Ils ont également cette même obligation de formation à l'égard des infirmières libérales. Ces formations sont tracées et suivies par le service. A défaut l'admission ne peut être prononcée. En ce qui concerne les pompes de type PCA, le service a relevé le risque important présenté par des défauts de programmation par les infirmières libérales. Un document d'aide au calcul de doses a été réalisé. Il est remis aux infirmières libérales. Outre la formation organisée au domicile par le prestataire, ce dernier a l'obligation de vérifier la maîtrise de la programmation par l'infirmière. Un double contrôle de ces acquis est assuré par l'infirmière coordonnatrice qui reçoit les fiches de calculs de l'infirmière réalisés en formation. Au domicile, selon les habitations et les possibilités des patients, une armoire de rangement des dispositifs médicaux est fournie par le prestataire. Un cahier des charges en fixe les caractéristiques. Il doit fermer à clé et procure à l'infirmière un plan de travail adapté aux soins en ce qui concerne l'ergonomie et les règles d'hygiène. L'organisation mise en place garantit la fourniture du matériel en temps utile au domicile du patient. Une convention est conclue avec chaque pharmacien, chaque médecin, chaque IDE libérale fixant leurs rôles et responsabilités. Une périodicité est définie pour réaliser les commandes et approvisionnements, qui tient compte du jour d'admission du patient. Le matériel est livré protégé pour le transport. Des commandes peuvent être assurées en urgence, elles sont gérées par le personnel d'astreinte. Des ajustements en matériel peuvent être assurés en concertation avec les professionnels en lien avec le prestataire. Pour les patients à haut risque vital, leur signalement auprès de ErDF est assuré par le prestataire de service fournisseur de matériel. Il s'agit de diminuer les risques liés à une interruption d'alimentation électrique en cas de tempête notamment. En ce qui concerne l'utilisation de médicaments thermosensibles, l'établissement a identifié le risque lié à la rupture de la chaîne du froid. Si les modalités de stockage, de transport, de traçabilité de température et de délai d'administration sont suivies et respectées pour les cas d'une fourniture par la PUI de l'établissement, ces règles méritent d'être déclinées précisément pour les fournitures de ce type de médicament par les pharmacies d'officine. Une procédure spécifique est en cour de validation et sera intégrée dans les conventions signées avec les pharmaciens d'officine. En fin d'hospitalisation les professionnels utilisent une check-list pour clôturer le dispositif d'HAD et organiser la désinstallation du matériel, le nettoyage et la remise en état. La récupération des déchets est assurée par les professionnels qui ramènent les caisses dédiées chaque semaine et suivent la filière d'élimination en vigueur. Les circuits sont ainsi respectés. Les interfaces entre les secteurs hospitaliers, les professionnels et les acteurs extra hospitaliers sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités réalisées est en place.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur ce secteur. Les infirmières coordonnatrices procèdent ainsi à une visite de chaque patient au moins une fois par semaine. Cette visite permet un bilan de la prise en charge notamment sur le plan du matériel et des produits délivrés au patient. L'établissement procède également à des revues des dysfonctionnements recensés. Les événements indésirables sont analysés et traités en équipe. Les indicateurs IPAQSS notamment ceux relatifs à la traçabilité de la douleur sont plus particulièrement suivis par le service. Il est également procédé à une évaluation de la qualité des transmissions. L'établissement organise une évaluation annuelle du fonctionnement de l'HAD avec les prestataires. Cette évaluation est prévue sur le plan contractuel.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration s'appuient sur les résultats des évaluations du processus et permettent des ajustements. Les experts visiteurs ont relevés, même s'ils sont encore d'un niveau faible, l'évolution positive des indicateurs de traçabilité de la douleur. Cette évolution est le résultat des actions de formation et de sensibilisation engagées en Direction des infirmières libérales. Des évolutions similaires sont observées en ce qui concerne la bonne utilisation des pompes de type PCA. Les infirmières coordonnatrices procèdent à une visite de chaque patient au moins une fois par semaine. La visite hebdomadaire des infirmières coordinatrices auprès de chaque patient permet un bilan de la prise en charge et la mise en place d'actions d'amélioration tant au niveau des matériels que au niveau des produits délivrés au patient. La communication sur les améliorations obtenues est réalisée lors des réunions d'équipe, lors des instances, en interne et, en externe, auprès des professionnels libéraux.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

## ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	Les représentants d'usagers ne participent pas à l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU. La politique qualité - sécurité des soins a été récemment mise à jour, sans impliquer les usagers, sur le secteur MCO. De plus, un nouveau président, représentant des usagers, vient d'être élu. Un de ses objectifs est justement une participation plus active à la politique qualité - gestion des risques du CH de Saintonge. Une organisation, dans ce sens, est en cours de réflexion avec la Direction. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, ceux-ci ont confirmé leur absence de participation à l'élaboration de cette politique. Cette problématique a été identifiée par l'établissement comme l'un des 10 risques prioritaires.comme l'un des 10 risques prioritaires.	2b
	P / Organisation interne	NC	Le dispositif de gestion des événements indésirables n'est pas totalement organisé.  Lors d'événements indésirables à criticité importante, nécessitant une analyse des causes profondes, l'association des professionnels n'est pas nécessairement en place. Leur participation est aléatoire et dépendante du secteur d'activité. Lors des investigations de terrain, les experts visiteurs ont pu constater l'absence de retour d'information et des actions mises en place auprès du déclarant et des équipes.	8f
		PS	Des analyses de revue morbi-mortalité et/ou analyses de causes ne sont pas organisées dans certains secteurs de chirurgie. Les experts visiteurs ont pu constater, pendant la visite, qu'il n'y a pas de RMM mises en place dans tous les secteurs à risques. Ainsi la chirurgie viscérale, l'ORL et l'urologie ne réalisent pas de RMM, conformément à la réglementation.	8f
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique ne mesurent pas, de façon continue, l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.  A la lecture du tableau de bord des EPP, et lors des investigations de terrain par les experts visiteurs, il est remarqué que des évaluations des pratiques professionnelles, dans certains secteurs, débutées en 2010 voire en 2007, n'ont pas bénéficié d'une actualisation et d'une évaluation. Par exemple, en imagerie médicale, l'EPP "Prévenir les risques liés au défaut d'organisation de l'information des patients hospitalisés ayant un examen d'imagerie médicale" ; en psychiatrie pour ce qui concerne l'EPP "	28a



Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>Evaluation de la surveillance et de la prévention des effets secondaires métaboliques chez les adolescents sous antipsychotiques atypiques" ; en stérilisation centrale, "Optimisation du bionettoyage en stérilisation" ; en anesthésie pour l'EPP "Analyse des accidents graves en per-opérateur et en SSPI".</p> <p>Elles n'ont pas abouties ou ne sont pas finalisées.</p> <p>Dans le tableau de bord institutionnel, leur mise à jour n'est pas réalisée.</p> <p>Lors des investigations terrain, les experts visiteurs ont également pu mesurer que la déclinaison des démarches qualité-gestion des risques est hétérogène sur l'établissement.</p>	
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>Les actions d'améliorations ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le PAQSS.</p> <p>Le PAQSS n'intègre pas les actions relatives à certains domaines : actions issues des RMM, les informations issues des questionnaires de satisfaction, l'ensemble des plaintes, réclamations et contentieux, les risques identifiés dans le document unique.</p>	8a
		PS	<p>Certaines évaluations qui peuvent être des données à risque ne génèrent pas systématiquement des actions correctives dans l'ensemble des secteurs.</p> <p>Des indicateurs IPAQSS relatifs au parcours du patient mettent en évidence de fortes disparités de résultats entre les différents services. L'établissement n'a mis aucune actions correctives en place.</p>	2e
Droits des patients	P / Organisation interne	PS	<p>L'établissement n'a pas établi d'organisation pour permettre le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.</p> <p>Les experts visiteurs ont pu remarquer qu'il n'existe pas d'organisation transversale formalisée sur le consentement éclairé favorisant l'implication du patient et, le cas échéant son refus de soins.</p>	11b
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La traçabilité du recueil du consentement éclairé, de la personne de confiance n'est pas garantie.</p> <p>Lors des investigations des audits de processus et des patients traceurs, les experts visiteurs ont pu constater que la traçabilité du recueil du consentement éclairé sur les actes à risques tel qu'au bloc opératoire et pour la radiothérapie, n'est pas réalisée.</p> <p>En hôpital de jour, la traçabilité du recueil de la personne de confiance n'est pas exhaustive.</p> <p>Lors des patients traceurs en oncologie et en gynécologie, il n'a pas été retrouvé de traçabilité du consentement éclairé dans le dossier du patient.</p>	11b
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>Les modalités de transmission d'informations sur les patients entre les secteurs d'activité, bien qu'elles soient définies, ne sont pas appliquées systématiquement.</p> <p>Il a été constaté lors d'un patient traceur, la situation d'un malade présent dans un service de l'établissement et dont le dossier ne traçait pas un passage préalable aux urgences pour la même pathologie. La coexistence de deux formes de dossiers distinctes, l'une informatisée, l'autre sur support papier en est à l'origine. Il a toutefois été constaté que ce risque avait bien été identifié par l'établissement et des mesures "barrières" avaient pourtant</p>	18a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			été mises en place mais non respectées à cette occasion.	
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont partiellement assurés avec les professionnels concernés. Il arrive que des professionnels participent au recueil des événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses et à leur analyse, mais cette participation se décrit au fil de l'eau. La mise en place de CREX existe uniquement pour les événements indésirables graves pour lesquels, dans ce cas, un retour est réalisé. Des actions correctrices sont alors envisagées. Les experts visiteurs ont pu remarquer le peu de retour d'événements indésirables liés au circuit du médicament (entre 350 et 400 déclarations au total sur l'ensemble de l'établissement). Lors de l'entretien avec le pharmacien et le cadre supérieur du pôle, pilotes du processus, ceux-ci ont confirmé un manque de déclaration des risques liés aux erreurs médicamenteuses et une sous exploitation, en conséquence, des analyses possibles et d'un retour auprès des professionnels. Les infirmiers, dans les services de soins, expliquent mal connaître, voire ne pas connaître, le dispositif de CREX. Ils disent aussi ne pas avoir de retour lors de déclarations de fiche d'événement indésirable liée au médicament.	20a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels ne bénéficient pas de formation spécifique à la prise en charge médicamenteuse. Les professionnels n'ont pas suivi de formations relatives à la prise en charge médicamenteuse ni de formation relative au risque lié aux erreurs médicamenteuses. Les experts visiteurs ont pu voir que, sur les plans de formation en 2015 et en 2016, aucune formation n'a été identifiée spécifiquement. L'établissement vient d'identifier dans son plan de formation 2017 un item sur la sécurisation du circuit du médicament. Lors des visites dans les unités, les infirmiers n'ont pas indiqué avoir suivi, récemment de telles formations. Cet item a fait l'objet d'une recommandation lors de la précédente itération.	20a
		PS	Le logiciel de prescription-administration ne permet pas d'assurer la confidentialité des données du patient. Lors de l'administration des médicaments, la mise en veille automatique du logiciel de prescription - administration n'est pas effective donc la confidentialité n'est pas garantie.	20a bis
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les bonnes pratiques de préparation des médicaments, en particulier pour les personnes âgées, ne sont pas respectées. Durant la visite de certification, les experts visiteurs ont pu constater la non application des bonnes pratiques pour écraser les médicaments: plusieurs principes actifs écrasés ensemble. De plus, il n'existe pas de procédure relative aux bonnes pratiques et aux modalités d'écrasement des comprimés dans l'établissement.	20a bis
		NC	La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas garantie. En unité de soins longue durée, la traçabilité de l'administration des	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			<p>médicaments est réalisée de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription médicale est effectuée sur un fichier informatique excel par le médecin. Ce dernier est imprimé et sert à la pharmacie pour la dotation et à l'infirmier pour réaliser l'administration des médicaments ;</li> <li>- lors de l'administration, l'infirmier réalise une traçabilité globale sur un premier document papier, différent du précédent, au moyen d'une coche sur la ligne correspondant à l'item "surveillance du traitement" ;</li> <li>- puis, selon un code signifiant une problématique lors de l'administration (entourage de la coche), il réalise une transmission sur la fiche papier "transmission ciblée" où est ouvert une cible qui précise la prise ou la non prise en lien avec l'identification du problème.</li> </ul> <p>Cette rupture de continuité entre le dossier informatique et le dossier papier, sur ce secteur, a pour conséquence d'une part une traçabilité globale sur un premier document, puis, d'autre part, une traçabilité tardive si souci ou si besoin sur un deuxième support.</p> <p>Elle n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques.</p>	
		NC	<p>Les bonnes règles de prescription médicale ne sont pas respectées.</p> <p>En unité d'hospitalisation médico chirurgicale, il existe un recopiage par l'infirmier de la prescription de la prémédication réalisée par le médecin anesthésiste dans le logiciel d'anesthésie sur la fiche papier de prescription-administration. Il existe un deuxième recopiage par l'infirmier de la prescription informatisée en post opératoire sur le même document papier. L'absence de support unique entraîne un non respect des bonnes pratiques. Lors de l'investigation d'un patient traceur n° 1 en cardiologie, il est observé, dans la macro cible entrée, un recopiage par l'infirmier du traitement médical prescrit. En réanimation-soins continus, l'absence de support unique de prescription médicale- administration génère la pratique suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription médicale est réalisée sur la fiche de surveillance correspondante sur laquelle les infirmiers réalisent des coches selon des codes couleur, sans signature;</li> <li>- puis, il assure la traçabilité sur une autre fiche papier.</li> </ul> <p>L'investigation du patient traceur n°2, en oncologie, montre que la traçabilité du traitement de sortie n'est pas toujours assurée.</p> <p>Il n'y a pas de trace écrite de prescription médicamenteuse à la sortie de la patiente du service de chirurgie. Lors de la visite du patient traceur n°3 en urologie, il a été constaté que la prescription médicamenteuse à l'entrée du patient, ne comportait ni le nom du prescripteur, ni l'heure de la prescription, ce qui n'est pas conforme à la réglementation.</p>	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	PS	<p>Il n'existe pas d'organisation destinée à faire face aux risques nucléaire, radio-actif, bactériologique et chimique.</p> <p>Il n'y a pas d'annexe au plan blanc traitant du risque NRBC.</p>	8e
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les conditions d'accueil ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans le service des urgences.</p> <p>La configuration et l'agencement des locaux d'accueil aux urgences génèrent une promiscuité non compatible avec le respect de la confidentialité. Pour les</p>	10b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			patients debouts, un premier accueil administratif s'effectue à proximité immédiate d'autres malades en attente de passage. Pour les patients couchés, il a été constaté que les brancards étaient positionnés à proximité immédiate les uns des autres, hommes et femmes confondus et que les rideaux de confidentialité n'étaient pas tirés pour faciliter la surveillance des patients présents.	
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	PS	L'outil de programmation du bloc opératoire et de l'HMCJ n'est pas intégré au système d'information hospitalier (SIH). Le logiciel n'est pas intégré dans le système d'information de l'hôpital, ce qui est confirmé par la valeur de l'indicateur Hôpital Numérique correspondant.	26a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas de sécuriser l'accès au bloc opératoire. La sécurisation de l'accès au bloc opératoire n'est pas assurée. Lors de la visite, la porte d'accès des patients au bloc opératoire n'est pas fermée et permet un accès libre sans contrôle.	26a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les circuits ne sont pas tous conformes aux bonnes pratiques. Lors de la visite, les experts ont constaté que le décartonnage se faisait dans l'enceinte du bloc opératoire et ne respecte pas le principe de la marche en avant. La traçabilité du nombre de prélèvements histologiques récupérés par le coursier du laboratoire n'est pas assurée. Lors de la visite, après la remarque de l'expert-visiteur, l'établissement a rédigé une procédure, dont le caractère récent ne permet pas d'évaluer la mise en œuvre.	26a
		NC	L'utilisation de la check-list sécurité au bloc opératoire n'est pas toujours conforme aux bonnes pratiques. Lors de la visite, il a été observé des check-lists incomplètement remplies, ou signées par une partie seulement des intervenants. Le patient-traceur n° 2 avait une check-list remplie de façon partielle. Lors du patient traceur n°4 en gynécologie, les experts visiteurs ont pu constater que la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" n'est pas signé par les 3 acteurs : chirurgie, équipe anesthésie et infirmier de bloc. Sur la check-list renseignée pour cette patiente, seule est apposée la signature du chirurgien.	26a
Management de la prise en charge du patient en radiothérapie	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité du recueil du consentement éclairé du patient n'est pas assurée. Aucune procédure n'est en place pour tracer le consentement éclairé du patient en radiothérapie. Il n'y a pas de trace écrite du consentement éclairé du patient dans les dossiers.	26b
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Organisation interne	PS	L'établissement n'a pas formalisé de procédure de transport des endoscopes, principalement en ORL et pour les endoscopies trans-œsophagiennes. Il n'a pas été retrouvé de procédure de transport des endoscopes. Les pratiques reposent essentiellement sur les habitudes et l'oralité des professionnels.	26b
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne sont pas tous conformes. Bien que quatre locaux de pré-désinfection terminale soient conformes à la réglementation, le local de pré désinfection n'est pas conforme aux	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			consultations de cardiologie. La pré désinfection de la sonde d'ETO se déroule dans la salle d'examen.	
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de l'information bénéfice risque n'est pas systématiquement réalisée. Des supports d'informations issus des sociétés savantes sont en place sur le secteur, principalement en gastro-entérologie. Mais bien que l'information soit délivrée oralement au patient, la traçabilité de celle-ci n'est pas assurée dans le dossier patient. Sa trace n'est également pas toujours retrouvé dans les courriers médicaux.	26b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus. Sur l'ensemble du secteur, les indicateurs ne sont pas produits et analysés à périodicité définie. Un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs quantitatifs est en place, liés aux indicateurs suivis au bloc opératoire. Quelques indicateurs sont ainsi suivis mais ne sont pas spécifiques au secteur endoscopique de l'établissement. Il n'y a pas de rapport d'activités spécifique au secteur.	26b
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement n'utilise pas les indicateurs afin d'évaluer son processus. Un suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est réalisé de manière informelle par la sage-femme coordinatrice en charge du secteur et du pôle. Il n'existe pas un tableau de bord spécifique intégrant tous les indicateurs identifiés dans le processus salle de naissance. L'analyse des indicateurs est réalisée de façon macroscopique et l'absence de contrat de pôle ne permet également pas une analyse plus fine en corrélation avec les indicateurs polaires. Il n'existe pas de rapport annuel d'activités du secteur.	26b