



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT**

**1 avenue de béliçon  
B.p. 30009  
17301 Rochefort**

**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>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	48

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <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 ROCHEFORT	
Adresse	1 avenue de béliçon 17301 Rochefort
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	GCS1387	GCS CHARENTE MARITIME NORD	Rue du docteur schweitzer 17019 LA ROCHELLE
Entité juridique	170780225	CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT	1 avenue béliçon Bp 30009 17301 Rochefort
Etablissement de santé	170019962	CH DE ROCHEFORT-CDAG	1 avenue de béliçon 17300 ROCHEFORT
Etablissement de santé	170000152	CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT	1 avenue de béliçon B.p. 30009 17301 Rochefort
Etablissement de santé	170791305	CH DE ROCHEFORT - SLD	1 avenue de beligon 17306 Rochefort

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	60	/	13
MCO	Gyneco-Obstétrique	25	2	/
MCO	Médecine	179	11	/
SLD	SLD	50	/	/

SSR	SSR	60	/	/
-----	-----	----	---	---

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

<b>Réorganisation de l'offre de soins</b>	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS Pays Rochefortais (CH Rochefort, praticiens libéraux, depuis 2009, dans le domaine de l'activité médicale et chirurgicale.</li> <li>- GCS Imagerie Rochefort (CH Rochefort, cabinet libéral d'imagerie), depuis 2009, dans le domaine de l'imagerie.</li> <li>- CHT Atlantique 17 (CH Rochefort, Groupe Hospitalier La Rochelle, CH Marennes, CH St Pierre Oléron), depuis 2011, dans le domaine des activités médicales, logistiques, médicotéchniques et administratives.</li> </ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Ouverture du nouveau Centre de Gériatrie et de Rééducation en octobre 2013



# 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 (A).

## **2. 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.

## **3. 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.

## **4. Suivi de la décision**

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

## 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	Sujet âgé	Médecine HC	dénutrition avec oesophagite sévère	Non programmé	Complexe	MCO
2	Enfant	Pédiatrie HC	maladie inflammatoire intestinale	Non Programmé	Complexe	MCO
3	Adulte	Chirurgie HC	fracture du col	Non programmé	Complexe	MCO
4	Adulte	Endoscopie ambulatoire sous AG	gastro-entérologie	Programmé	Simple	MCO
5	Adulte	Gynécologie obstétrique	accouchement	Non Programmé	Simple	MCO

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
6	Adulte	SSR polyvalent	fracture	Programmé	Complexe	SSR
7	Sujet âgé	SLD	AVC	programmé	Complexe	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

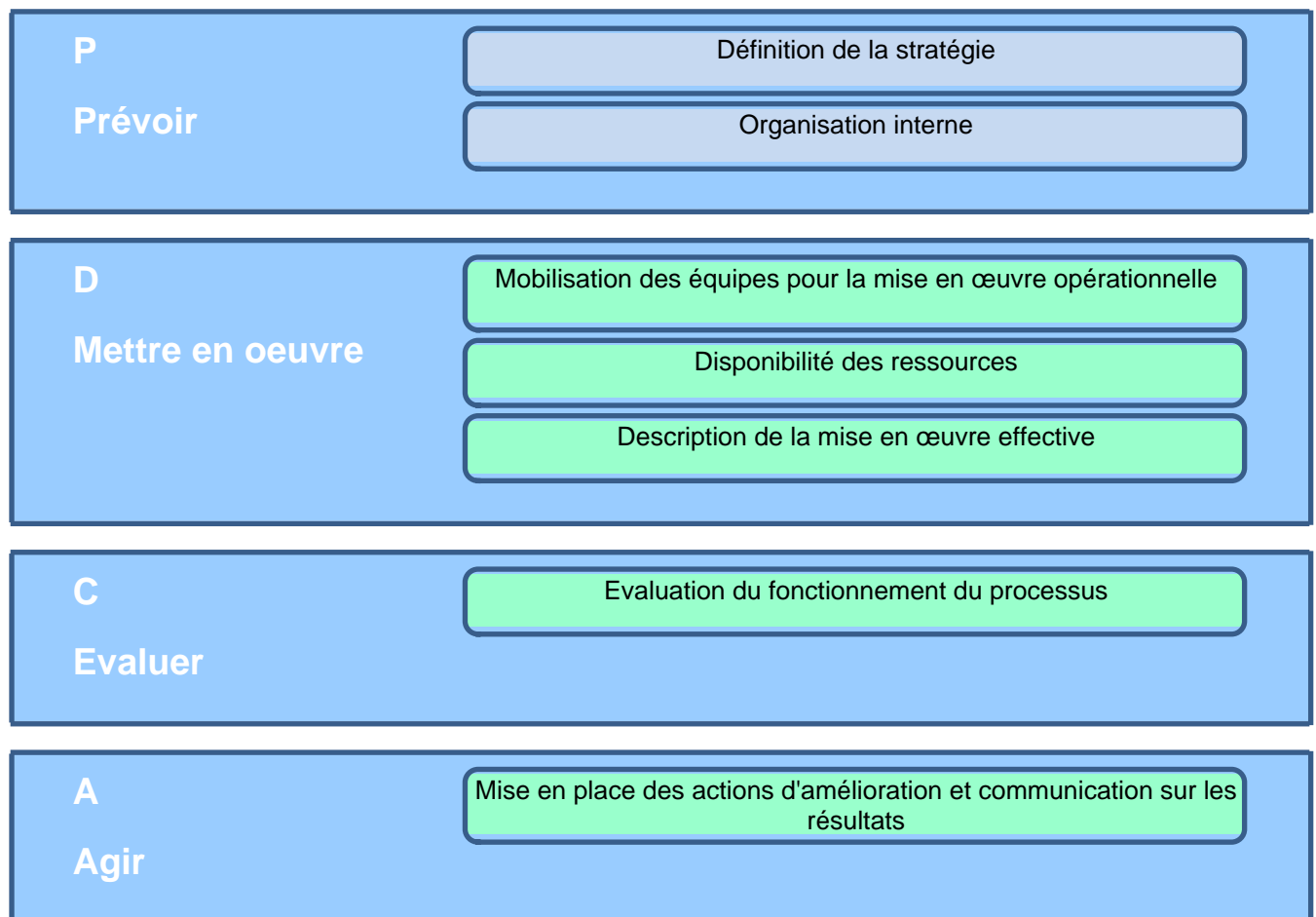
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de Rochefort dispose d'un projet d'établissement, approuvé par l'ARS avec laquelle un contrat d'objectifs et de moyens a été conclu. Ce projet intègre des objectifs relatifs au renforcement de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à la reconnaissance du patient comme partenaire de sa prise en charge. Une politique qualité a été définie et un plan d'actions biennal formalisé. Ces documents ont été validés par la CME et les instances dont la commission des relations des usagers. Une démarche d'analyse des risques a été conduite en tenant compte du contexte de mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire, de la précédente démarche de certification et des évaluations réalisées. Cette analyse a permis de renseigner le compte qualité pour l'ensemble des thématiques. Ce dernier recense les risques principaux issus de la hiérarchisation réalisée par les différents groupes de travail ou commissions en place. La révision des objectifs du plan d'actions institutionnel et des contrats de pôle est engagée sur la base de ces cartographies des risques. L'ensemble des données du compte qualité et des plans d'actions a été soumis aux instances.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour conduire et déployer sa démarche qualité. Au niveau institutionnel, le directoire dit « élargi » assure le pilotage stratégique de la démarche qualité et de gestion des risques en lien avec la CME. Au niveau opérationnel, la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ) est chargée du suivi de la mise en œuvre du plan d'actions et apporte un soutien méthodologique aux différents groupes ou instances. La CME a constitué plusieurs sous-commissions qui interviennent aussi dans le champ de la qualité, à savoir le COMEDIMS, le CLAN, le CLIN, le CLUD et le CSTH. Par ailleurs, une cellule d'analyse et de gestion des risques assure la gestion des événements indésirables selon une procédure formalisée et la coordination des vigilances. Pour ce qui concerne le Compte Qualité, l'établissement a défini une méthode de travail au cours d'un séminaire pluridisciplinaire et a désigné formellement les pilotes en charge des différentes thématiques. La Direction des Usagers, des Risques et Qualité dont les missions sont formellement décrites est dotée de compétences adaptées. Elle est en particulier chargée de la coordination des différentes composantes du système qualité et de gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins notamment pour ce qui concerne la formation et l'information de ses professionnels. Le plan de formation annuel prévoit des formations dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques et notamment pour l'hémovigilance, le circuit du médicament, l'identitovigilance, le risque infectieux, le signalement des événements indésirables. Une journée d'accueil des nouveaux arrivants est organisée au cours de laquelle la qualité et les droits des usagers sont présentés. La gestion documentaire est organisée et est accessible sur le réseau Intranet. La gestion des plaintes et réclamations est définie et une cellule chargée des relations avec les usagers est en place en coopération avec le CH de La Rochelle. Les RCP sont organisées en lien avec le CH de La Rochelle à l'exception de la chirurgie digestive qui sont organisées sur le site de l'hôpital. L'organisation des RMM fait l'objet d'une procédure formelle et la démarche est déployée dans l'ensemble des secteurs à l'exception du secteur de l'endoscopie.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Des actions spécifiques aux différents pôles sont mises en œuvre en référence au programme institutionnel par les responsables désignés sur le terrain en lien avec la cellule qualité. L'encadrement médical et paramédical sensibilise régulièrement les professionnels sur ces objectifs, par exemple, parmi les actions transversales le recueil de la personne de confiance, l'amélioration de la gestion et de la tenue du dossier patient, le développement du signalement des événements indésirables. La méthode du patient traceur a été déployée dans l'ensemble des pôles d'activités. Des évaluations de pratiques professionnelles y compris soignantes sont mises en œuvre. Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels. Par exemple, dans le pôle de chirurgie, un CREX a été réalisé sur l'organisation de la visite médicale et a permis d'en optimiser la mise en œuvre. A l'exception du secteur de l'endoscopie, des RMM sont réalisées dans les secteurs à risques concernés selon la procédure institutionnelle. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel et fait l'objet d'une procédure. La gestion de ces derniers est organisée et permet l'association des acteurs concernés.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences pour le déploiement de la démarche qualité sont disponibles. Les

formations aux concepts et outils de la démarche qualité sont mises en œuvre également sur des thématiques prioritaires (personne de confiance, douleur, renseignement du dossier patient). Les ressources documentaires sont disponibles sur le réseau interne. Les ressources en équipement sont également disponibles. Enfin, les locaux sont conformes et adaptés.

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

Les différents pôles mettent en œuvre les plans d'actions qualité et les actions évaluations prévues. La cellule d'analyse des risques collabore avec les services pour la gestion et l'analyse des événements déclarés. Une méthode unique sur l'établissement est déployée pour l'analyse des causes profondes. Les différents services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité des risques est effective. L'exploitation des plaintes et réclamations est assurée en impliquant professionnels et représentants des usagers.

### **C / EVALUER**

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

L'hôpital a mis en œuvre un ensemble d'audits de processus et en assurent le suivi sur les domaines suivants : circuit du médicament, prise en charge des patientes en salle de naissance, organisation de la chirurgie ambulatoire, prise en charge des patients dans le secteur de l'endoscopie, fonctionnement du système de management de la qualité du laboratoire, fonctionnement de la stérilisation, du bloc opératoire et de la salle de surveillance post-interventionnelle. Les indicateurs nationaux sont renseignés. Elle implique les professionnels et les représentants des usagers.

Les représentants des usagers ont été associés et ont participé aux évaluations des patients traceurs. La satisfaction des usagers est réalisée au moyen de l'enquête I-Satis ou des questionnaires de satisfaction. Les résultats de ces évaluations sont communiqués à la commission des relations avec les usagers.

### **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 les programmes d'actions de l'établissement. La révision de ce programme est réalisée tous les deux ans après consultation des instances dont la Commission des Relations avec les Usagers et la CME. La communication des résultats est réalisée en interne en direction des professionnels au moyen de plusieurs supports : portail Intranet, bulletin Qualité diffusé avec les bulletins de salaires, affichages institutionnels, réunions d'équipes et instances. En externe la communication est réalisée au moyen du site Internet et du journal d'établissement Hop Aktu.

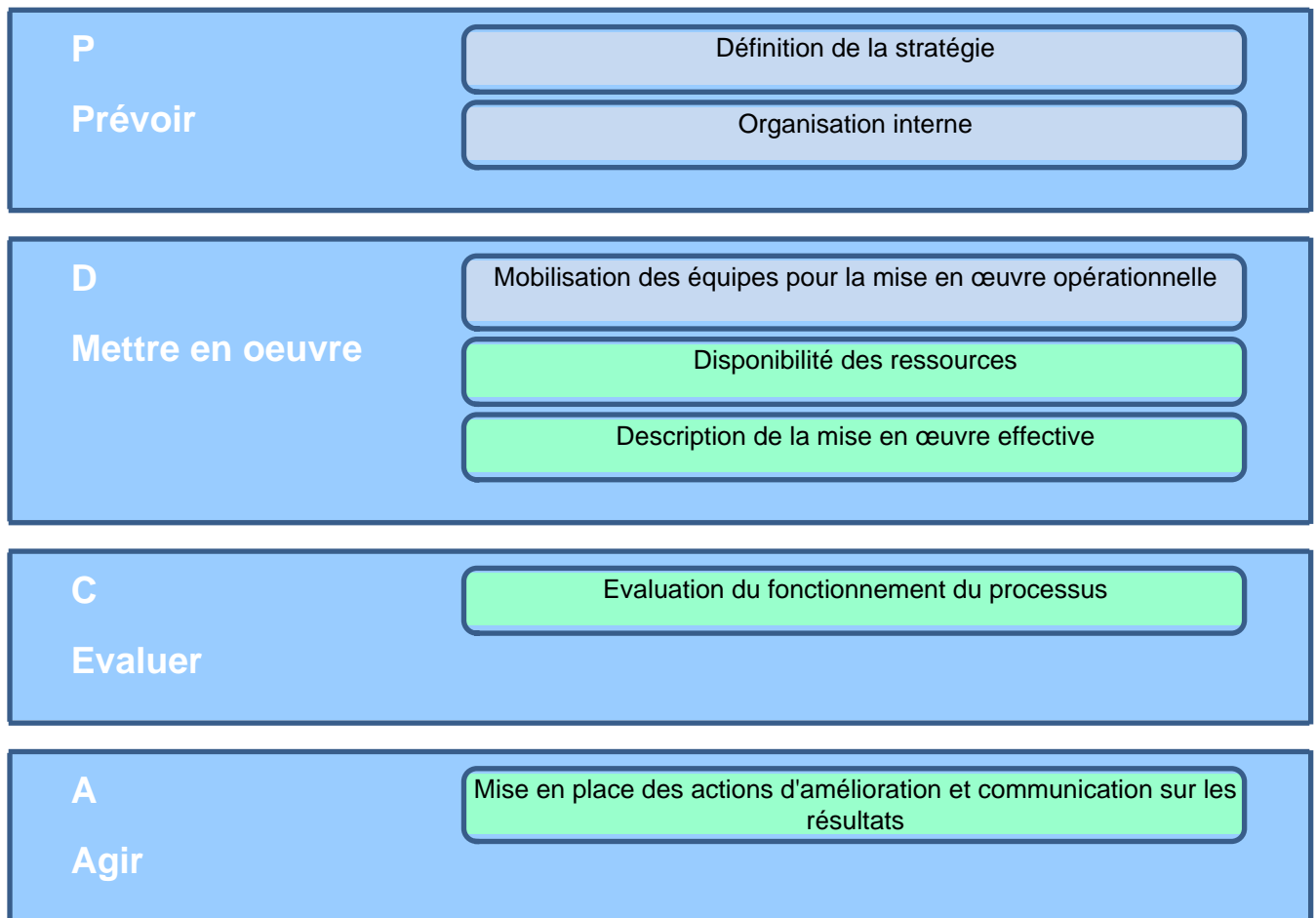
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

L'établissement a défini sa stratégie de lutte contre les infections associées aux soins pour les patients et les personnels dans son projet médical d'établissement et dans ses orientations stratégiques territoriales (GHT) avec les établissements de La Rochelle, Oléron et Marennes. La lutte contre les infections associées aux soins, une des priorités de l'établissement, repose sur des modalités organisationnelles définies. Elle est déclinée dans un programme d'actions annuel formalisé et priorisé faisant référence entre autre au PROPIAS 2013/2017 (programme national) 0. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), instance transversale, sous commission de la CME, travaille en relation directe avec l'équipe opérationnelle (EOH), en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et avec la commission des anti-infectieux au sein du COMEDIM pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Les présidents des CLIN d'Oléron, de Marennes, de la ROCHELLE participent au CLIN de l'établissement.

Les risques sont identifiés selon une méthode définie avec les professionnels concernés. Les risques a priori ont été identifiés, hiérarchisés et ont renseigné le compte qualité. Ces risques en relation avec les épisodes infectieux (DIV, sondage urinaire, site opératoire), les résultats des indicateurs (ICSHA= C), la non observance des bonnes pratiques (antibiothérapie, tenue vestimentaire..), le suivi des BMR, BHRé, ont donné lieu à un plan d'actions (réajustement procédures, changement de matériel, indicateurs de suivi, formations) finalisé ou en cours de finalisation et opérationnel dans les secteurs. Les risques a posteriori identifiés à partir des alertes sanitaires, des épisodes épidémiques (gastroentérite, ...), des résultats des ISO dans certaines chirurgie, des non conformité des suivis environnementaux, etc. donnent lieu à des réunions pluridisciplinaires de crise et des décisions d'actions correctives. Le programme d'actions annuel présenté et validé par la CME, est élaboré à partir de la réglementation, des objectifs nationaux (PROPIAS), des résultats des bilans LIN, des indicateurs nationaux (ICALIN=A, ICSHA =C, ICALISO=B..), des résultats audits, des résultats des enquêtes épidémiologiques (ISO, BMR..), des surveillances environnementales, des situations d'alertes, des déclarations des infections associées aux soins (IAS). Le CLIN prend en compte la réglementation et les risques pour mettre en place son programme de mesures de prévention (procédures comme les risques liés aux dispositifs médicaux, aux produits, aux matériels, à l'environnement...), de surveillances épidémiologiques (BMR, BHRé, AES..), d'évaluations (audit, indicateurs, EPP..), de formations/Ateliers. Une organisation est en place pour lutter contre l'antibiorésistance et pour promouvoir le bon usage des antibiotiques (antibiothérapie, antibioprophylaxie) à partir du comité des anti-infectieux au sein du COMEDIMS, avec un temps dédié de praticien interniste, deux praticiens référents formés en antibiothérapie, un temps de praticien infectiologue (0,20%) du CH de la Rochelle dans le cadre du GHT, et une organisation définie (livret des antibiotiques, liste d'antibiotiques ciblés, dispensation nominative de certains antibiotiques, argumentation de l'antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours, aide à la prescription, alarme sur DPI pour réévaluation à 48/72H, traçabilité sur DPI de la consultation du référent, rappel sur le bon usage des antibiotiques..). Une collaboration praticien Interniste, infectiologue de La Rochelle, référents en antibiothérapie, pharmacien, praticien hygiéniste, laboratoire de bactériologie et une corrélation avec la surveillance de l'écologie bactérienne de l'établissement (résistance) est définie. L'organisation des conditions optimales d'hygiène des locaux est sous la responsabilité d'une ingénieure, responsable du management du système QSE des secteurs hôteliers et logistiques en collaboration avec l'infirmière hygiéniste. La formation spécifique de la responsable et l'EOH ont permis de définir une politique organisationnelle prenant en compte la composante développement durable (choix des produits, ergonomie du matériel, utilisation de la vapeur, évaluation des prestations/écoute client, formations, procédures imaginées..). L'équipe de bionettoyage centralisée est organisée en plusieurs équipes.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement identifie et prévoit les ressources, moyens circuits et interfaces pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans sa stratégie de lutte contre les infections associées aux soins. Cette organisation/territoire, l'implication des équipes médicales et paramédicales favorisent le développement d'une culture organisationnelle favorable. Le CLIN, assuré par la présidente du CLIN (praticien hospitalier hygiéniste), l'EOH, la pharmacienne, le PH interniste, les référents médicaux et paramédicaux, développent la politique dans tous les secteurs avec des points forts de perspectives et d'amélioration. Le CLIN, sous-commission de la CME se réunit 3 fois par an et en cas d'alerte (cellule de crise). Un règlement intérieur définit la composition du CLIN, le rôle du comité, le nombre de réunions, la politique de communications. La présidence du CLIN est assurée par un praticien Hygiéniste et la vice présidence par un praticien de médecine interne. La structure opérationnelle est organisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène composée d'un Praticien hygiéniste à 50% (+ 50% gestion des risques) avec des missions d'expertises sur les établissements de Marennes et Oléron, d'un ETP IDE hygiéniste. Des correspondants paramédicaux, au nombre de deux par pôle, en hygiène sont identifiés et formés. Un praticien interniste, le président du CLIN, deux médecins formés en antibiothérapie, le praticien infectiologue de la Rochelle

sont identifiés pour assurer la fonction de référents en antibiothérapie (conseil thérapeutique, aide à prescription, à la réévaluation), conjointement avec la pharmacienne et le microbiologiste. Des fiches de poste précisent leur fonction et leur temps dédié.

Un dispositif structuré permet à chaque prescripteur d'avoir accès à un conseil diagnostique et thérapeutique. Les modalités de collaboration entre les référents en antibiothérapie, l'infectiologue, la pharmacienne et le microbiologiste sont définies. Une liste des antibiotiques ciblés est définies et formalisées. L'évaluation de l'antibiothérapie à 48/72H, ainsi que la traçabilité de l'antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine est intégrée au DPI.

Un suivi des consommations des antibiotiques comprenant les résultats par famille d'antibiotiques et les priorisations des actions à conduire permet de répondre aux objectifs. Un plan de formation spécifique sur les différentes thématiques liées aux risques infectieux et au bon usage de l'antibiothérapie est établi dans le plan d'action institutionnel à destination des professionnels médicaux, paramédicaux et autre pour répondre aux objectifs. Un dispositif structuré de gestion documentaire institutionnel intègre les procédures définies et formalisées de prévention, de surveillances environnementales, épidémiologiques, d'alerte, du bon usage de l'antibiothérapie, du bionettoyage. Le CLIN/L'EOH participent à la gestion prévisionnelle des travaux, des achats, des produits, des choix de matériel...dans son domaine de compétence. Les locaux rénovés, comme les plus anciens répondent aux critères d'hygiène requis. Le CLIN, L'EOH, le CAI, ont organisé les interfaces avec les secteurs cliniques, médico-techniques (laboratoire), techniques (air, eau) logistiques (déchets, linge, magasin, restauration..), administratifs (QGDR, Direction, CHSCT, DIM..). Le tri des déchets DASRI et DAOM est organisé.

Les collaborations avec le CCLIN S Ouest, l'ARLIN Poitiers, le territoire sont organisés.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le CLIN, instance transversale, sous l'égide de la CME, se réunit 3 fois par an et développe la politique institutionnelle. L'EOH communique auprès des différents secteurs, sur la stratégie de lutte contre les infections associées aux soins et recueille leurs avis, leurs difficultés quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur. Les personnels médicaux et paramédicaux sont très impliqués dans la stratégie de la lutte contre les infections associées aux soins dans tous les secteurs. L'EOH, l'encadrement, les correspondants en hygiène s'assurent de la conformité des bonnes pratiques, dans les prises en soins quotidiennes, lors des audits comme par exemple l'audit sur l'application de la mise en place des précautions standard/ complémentaires, la gestion des containers piquants /tranchants, la préparation cutanée de l'opéré, Zéro bijoux. Des ateliers sont mis en place pour une meilleure appropriation des pratiques (pansement voie veineuse centrale, etc.). Les professionnels paramédicaux sont sensibilisés aux risques infectieux lors des réunions de services, des staffs (retour formation/information des correspondants, nouvelles procédures, affichage des indicateurs, etc.). L'accès des prescripteurs à un conseil thérapeutique sur l'antibiothérapie et sur les modalités de contact interne, la dispensation nominative de certains antibiotiques de réserves est connue et facilitée. La communication des consommations et des résistances permet d'analyser les dysfonctionnements et d'identifier des mesures correctives. Les professionnels médicaux sont informés des risques des consommations et des résistances aux antibiotiques en CME et par les CR du CAI et/ou par les praticiens référents et des actions correctives à mettre en place. L'évaluation des pratiques de la qualité de la prescription, les requêtes informatiques, les enquêtes de prévalence, l'étude des consommations et des résistances ont permis d'identifier et de mettre en place des actions correctives. (argumentation antibiothérapie de plus de 7 jours, liste antibiotiques ciblés, corrélation prescription et antibiogramme, etc.). L'encadrement des équipes de bionettoyage s'assure de la conformité des pratiques et prennent en compte l'avis des équipes sur la qualité des produits, des matériels, les organisations, pour mettre en place des mesures correctives et favoriser l'ergonomie et la qualité de vie au travail au travail. Les résultats sont communiqués lors des réunions d'équipe, aux professionnels qui sont associés à l'identification des mesures correctives.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et les compétences des professionnels (Personnel diplômé à l'EOH, praticiens, et pharmacien formés en antibiothérapie) répondent aux besoins identifiés au-niveau institutionnel. L'EOH travaille en collaboration avec le CCLIN Sud-Ouest, l'ARLIN lors des enquêtes épidémiologiques (surveillance des BMR, ISO, Clostridium Difficile, Bactériémie, AES...surveillance des consommations des antibiotiques et résistances, procédures, etc.). L'EOH participe aux congrès et journées régionales organisées par la région. Des formations en interne sont proposées pour les nouveaux arrivants médicaux (internes 2 fois par an), paramédicaux et des référents (nouveaux protocoles, nouvelles thématiques...) et équipe de bionettoyage (tutorat) et des rappels de bonnes pratiques organisés par l'infirmière hygiéniste, le responsable management ou les référents.

Des procédures issues de documents de référence validés (s'appuyant sur des recommandations et la réglementation) sont disponibles et actualisées.

Ces documents sont accessibles aux professionnels et intégrés dans le dispositif de gestion documentaire institutionnel (hygiène des mains, précautions standard, précautions complémentaires,

préparation de l'opéré, procédure BHR, procédure de bionettoyage, procédure de prélèvement d'environnement, etc.). Des mémos sont également à la disposition des professionnels comme l'aide à la prescription des précautions complémentaires et des documents à disposition des patients. Une connexion informatique entre les secteurs d'activité prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie est disponible et accessible dans tous les secteurs. Une liste des antibiotiques ciblés avec dispensation nominative et un suivi des consommations corrélé aux résistances est mise en place. Les équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires. Les matériels et équipements (de protection des personnels par exemple) sont disponibles (hôpital neuf) sont fonctionnels et organisés en marche en avant. Les prélèvements d'environnement sont organisés par l'EOH ou un laboratoire extérieur, transmis au secteur concerné et à l'EOH. L'organisation du traitement non conformité est définie avec les services techniques et les secteurs impactés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en place les organisations pour assurer la maîtrise du risque infectieux avec une implication remarquable.

Les correspondants médicaux et paramédicaux sont reconnus. Les procédures sont appliquées et tracées comme par exemple les précautions complémentaires contact ou respiratoires (Dossier et porte patient), la préparation du patient pour la pose d'une chambre à cathéter implantable, la préparation du patient opéré, etc. Les locaux de soins, de bio-nettoyage possèdent l'équipement adapté aux besoins. Les produits de bio-nettoyage, de désinfection, d'hygiène de la main sont connus et utilisés par les professionnels qui sont formés à leur bonne utilisation. Les procédures en cas d'accident d'exposition au sang et aux liquide biologiques sont élaborées et affichées dans les locaux concernés. Les Kits en cas d'AES sont disponibles dans tous les secteurs et leur utilisation est connu par les personnels. Le personnel dispose du matériel de protection en qualité et en quantité suffisante. La traçabilité du bio-nettoyage des locaux est assurée. Un suivi des colonisations, des infections est réalisé en collaboration avec le laboratoire qui alerte l'EOH, l'infectiologue, le Président du CLIN, le service de soins en cas d'identification de BMR, voir de BHR ou autres infections.

Pour les patients le nécessitant des précautions complémentaires sont mises en place, prescrites, tracées et suivies. L'IDE Hygiéniste se rend dans les services pour vérifier l'application des bonnes pratiques ou est appelé pour des conseils pratiques dans des cas spécifiques. L'EOH, les référents mettent en place des mesures correctives en cas de dysfonctionnements avec une information ciblée auprès des soignants. Pour optimiser le bon usage de l'antibiothérapie, les référents antibiothérapie donne des conseils thérapeutiques sur l'antibiothérapie. Les antibiothérapies de plus de 7 jours sont argumentées. Les praticiens rencontrés dans les différents secteurs sont très satisfaits de ces pratiques institutionnelles consensuelles. La déclaration interne et externe des infections liées aux soins et l'annonce au patient et à son entourage sont mises en place. Les RMM sont mises en place. La surveillance bactériologique de l'eau est assurée quelque soit son usage : eau pour soins standards, eau bactériologiquement maîtrisée. La surveillance de l'air dans les secteurs à risque (bloc opératoire) est réalisée à périodicité définie avec des résultats requis selon les normes. (classe ISO selon type de chirurgie). La recherche des légionelles est réalisée annuellement selon un plan de prélèvement déterminé et validé et qui tient compte des secteurs et localisation des risques. Les observations issues des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre cas de non conformité, les mesures correctives sont mises en places. Cependant, l'élimination des déchets toxiques (cytotoxiques) en URC ne répond aux attendus de la réglementation.

Les déchets cytotoxiques sont conditionnés dans des emballages DASRI étiquetés "déchets toxiques" et suivent le circuit d'élimination des déchets infectieux. La réglementation exige un circuit spécifique.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs nationaux ICSHA, ICLIN, ICATB, etc.). Les alertes, les EPP, les RMM, etc. déclenchées suite à des problématiques graves ou déclaration d'Infections associées aux soins donnent lieu à une évaluation de processus. Le CLIN, le CAI intégré au COMEDIMS publient annuellement un rapport d'activité et fait un bilan LIN.

Les résultats sont communiqués en CME, réunion de cadres de santé et aux équipes

#### A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle et d'un bilan d'activité. Les risques identifiés sont ajustés et les actions d'amélioration mis en place sont articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels

et des usagers.

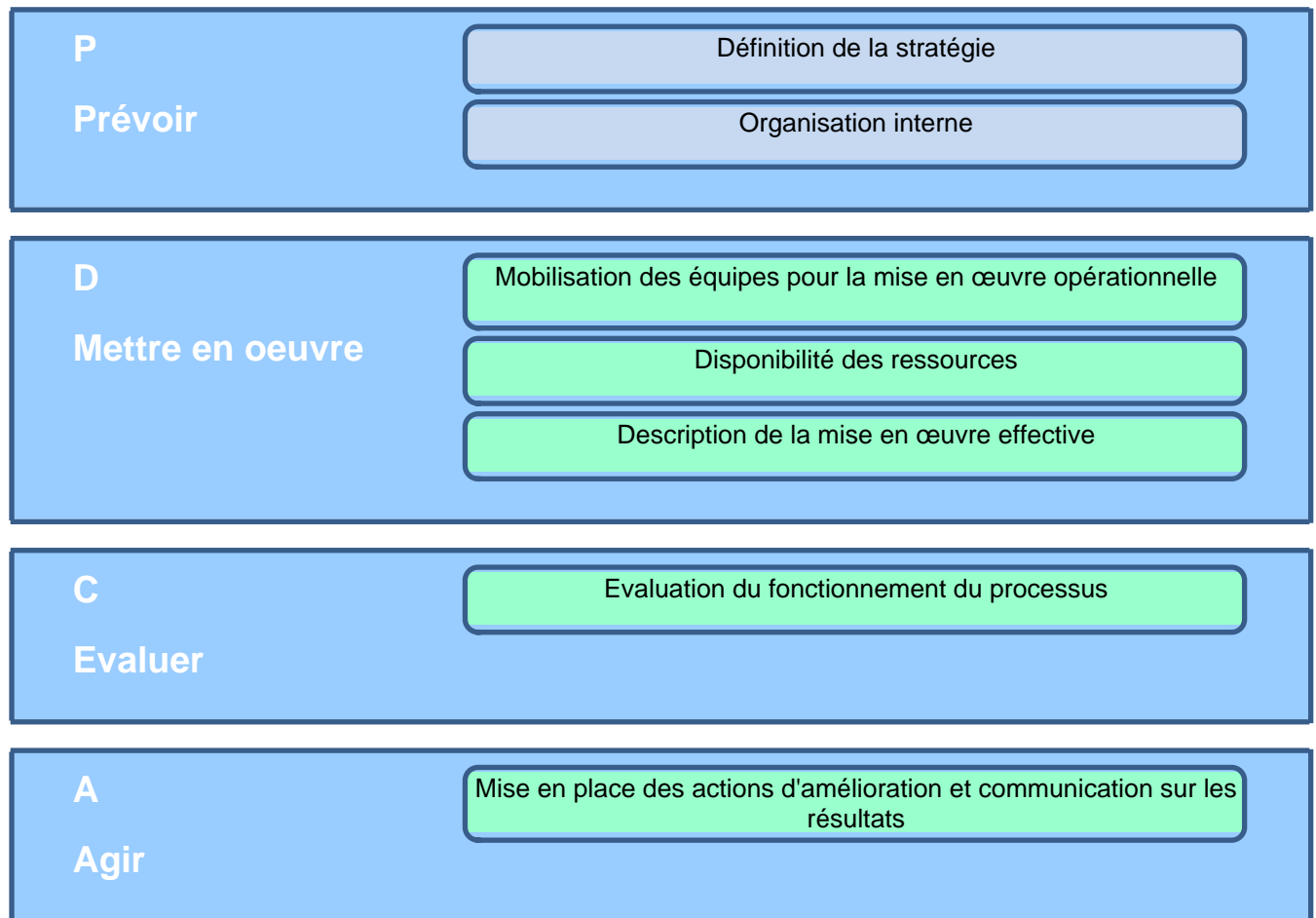
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre hospitalier a inscrit dès 2012 dans son projet d'établissement, et notamment son projet médical, l'ensemble des orientations relatives aux droits des patients, à la promotion de la bientraitance, l'accès à l'information, au respect de la dignité, des libertés individuelles et au renforcement de la participation des usagers. Sur la base d'audits et du résultat de différentes évaluations, une identification des risques a été réalisée, un plan d'amélioration de la qualité 2014-2017 a été élaboré et un programme d'action hiérarchisé a été soumis à la CME puis à l'ensemble des instances avec une réévaluation en 2016. Le programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins articulé avec le compte qualité est actualisé chaque année en fonction de l'état d'avancement des actions planifiées, de l'atteinte des objectifs, d'éventuels dysfonctionnements majeurs ou d'impératifs réglementaires.

#### ORGANISATION INTERNE

La cellule des relations avec les usagers est en charge du pilotage de ce processus en lien avec les représentants des usagers. Un groupe de réflexion éthique consultatif, regroupant des professionnels et des usagers, formalise l'engagement de l'établissement pour la promotion de la bientraitance.

La mission de la responsable fait l'objet d'une fiche de poste reprenant les différents thèmes relatifs aux droits du patient. Des formations sur les droits des usagers sont régulièrement organisées et le plan de formation 2017 élaboré en concertation avec les cadres des unités et des pôles prend en compte des thèmes tels que l'information sur le consentement des patients et la bientraitance. Les procédures de recueil et de traitement des événements indésirables et d'accès au dossier médical sont formalisées, validées et intégrées dans le système de gestion documentaire. La gestion des interfaces est organisée par la cellule des relations avec les usagers pour faciliter la coordination des professionnels. Les locaux du nouvel hôpital, avec un nombre très important de chambres individuelles, l'installation de paravents dans les chambres à deux lits ainsi que dans les secteurs interventionnels, permettent de respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRUQ au travers du livret d'accueil et des différents affichages au sein de l'établissement. Un espace usagers, est à la disposition des associations qui assurent une permanence.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Les chefs de pôles et les cadres supérieurs en lien avec le directeur référent sont en charge du management de la mise en œuvre des actions concernant les droits des patients validées par les instances et intégrées au plan qualité. Le travail d'identification des risques, au travers d'audits et d'analyses de retours d'expériences réalisés en amont par les équipes, est formalisé et hiérarchisé de façon concertée dans le compte qualité. Ces points sont évoqués régulièrement au sein des réunions d'unité ou de pôles pour sensibiliser et mobiliser les personnels. Le résultat du traitement des questionnaires de sorties, des événements indésirables sont évoqués à cette occasion. Les procédures relatives aux doléances, aux plaintes, aux médiations, aux contentieux et aux demandes d'accès au dossier médical sont diffusées et rappelées. Les pilotes favorisent les CREX ou les RMM suite à un événement indésirable avec la mise en place éventuel d'un groupe de travail.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence en effectif et en formation en lien avec le droit des patients (bientraitance, information sur le consentement des patients) sont adaptées aux besoins et la documentation, accessible et actualisée, est disponible. Des fiches concernant la désignation de la personne de confiance, du recueil des directives anticipées, de la procédure d'accès au dossier médical et de la gestion des doléances sont intégrées dans le dossier médical. Le recours au service social est possible et la charte de bientraitance est intégrée dans le livret d'accueil disponible sur l'intranet et le site internet de l'établissement. Tous les professionnels ont accès à la gestion documentaire ou tous les protocoles et procédures sont archivés.

Les conditions d'attente aux urgences, lors des périodes d'affluence sont prises en considération afin de favoriser le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations délivrées.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de l'établissement connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures et les protocoles établis pour assurer le fonctionnement de la prise en charge du patient. L'accueil du patient est personnalisé (confirmé par les patients traceurs) avec un accompagnement pour les formalités

administratives si nécessaire et une installation dans la chambre avec la remise du livret d'accueil par l'aide-soignant. La participation du patient dans la formalisation et la mise en œuvre du projet de soins est recherchée. L'information du patient et de son entourage est réalisée ainsi que les recueils de la personne à prévenir et du consentement éclairé du patient sont tracés dans le dossier. La désignation de la personne de confiance, la formalisation de la demande des directives anticipées et les procédures relatives aux contentions font l'objet d'un travail institutionnel. La dignité et l'intimité est prise en compte lors des soins avec notamment les portes des chambres systématiquement fermées. La confidentialité est assurée notamment par l'utilisation de postes informatiques adaptés et des transmissions dans les salles de soins portes fermées. En matière de bientraitance, l'USLD et l'EPHAD ont élaboré un projet de vie personnalisé. Dans certaines situations difficiles, la pratique de l'hypnose semble favoriser la sérénité de la prise en charge tant des patients que de l'entourage.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du respect des droits des patients et de leur satisfaction et le suivi de leur mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Outre la participation au recueil de l'indicateur généralisé initié par le ministère (I-Satis), plusieurs tableaux de bord établis par pôle sont diffusés de façon semestrielle ou annuelle. Cela concerne le questionnaire de satisfaction, le suivi des réclamations et des évènements indésirables, le bilan du nombre de demandes et du délai d'accès au dossier médical. Une étude ponctuelle relative à la traçabilité de la personne de confiance et une enquête de satisfaction des patients avec deux points ciblés en consultations d'imagerie et en hôpital de jour d'oncologie identifiant les points forts et d'amélioration ont été réalisées en 2015. L'ensemble est coordonné par le responsable de la cellule chargée des relations avec les usagers. La participation des représentants des usagers est effective.

## **A / AGIR**

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

Les évaluations réalisées, conduisant à la mise en œuvre d'améliorations en lien avec la CRU, sont articulées avec le programme d'action institutionnel et incluses dans les contrats de pôle. A titre d'exemple, les procédures relatives à la désignation de la personne de confiance ou la formalisation de directives anticipées font l'objet d'un suivi par les cadres et les médecins responsables en réunion de pôle et d'unité médicale. Des projets d'amélioration concernant l'information du patient et la bientraitance sont en cours de formalisation (fiabilisation de la transmission des informations au patient opéré, prévention des chutes, l'information concernant les dommages liés aux soins). Les différents résultats sont diffusés à l'ensemble des personnels concernés et le bilan annuel de la CRU est communiqué aux professionnels et aux usagers par l'intranet et le site internet.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

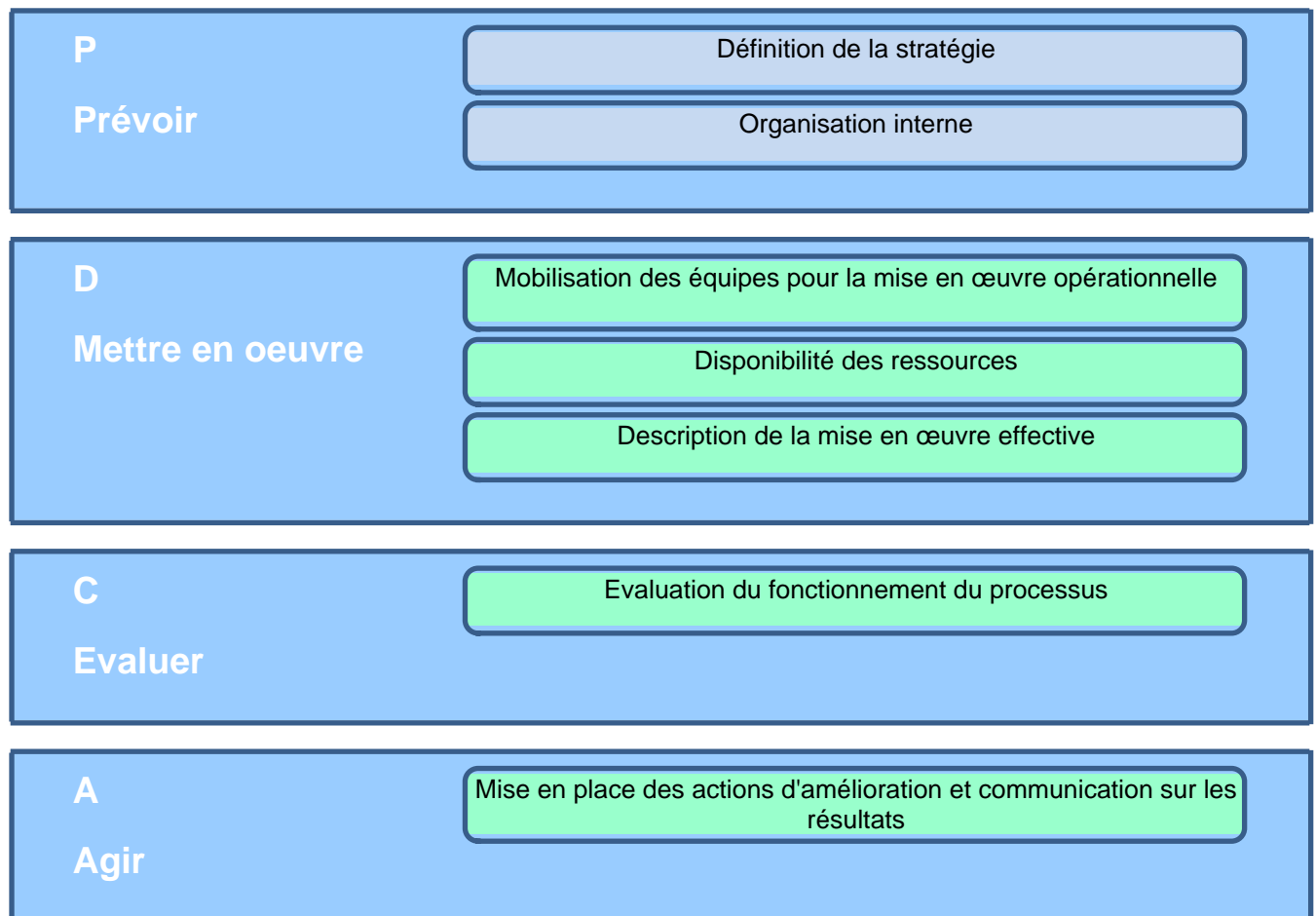
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 centre hospitalier de Rochefort est membre du groupement hospitalier de territoire Atlantique 17. Il dispose d'un projet médical commun défini avec le CH de La Rochelle. Ce projet médical propose des actions de coopération entre les deux établissements notamment dans le domaine chirurgical et la mutualisation des compétences médicales. Les orientations stratégiques visent le développement d'une offre de soins de proximité pour l'ensemble des disciplines disponibles afin de répondre aux besoins de soins de premiers recours des patients du bassin de population. Les activités assurées sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée ainsi que l'accueil des urgences. Pour organiser la prise en charge des patients, 6 pôles correspondant aux parcours de prise en charge des patients sont en place. L'établissement a défini une stratégie et des objectifs d'amélioration qui tiennent compte de son contexte (organisation régionale de l'offre de soins, indicateurs IQSS, décisions de la précédente démarche de certification) et de l'analyse des risques réalisée. Le compte qualité, pour la thématique afférente au parcours du patient, est organisé en blocs d'analyse relatifs aux critères du manuel de certification. Des risques principaux y sont identifiés pour chaque étape de la prise en charge et hiérarchisé par le groupe de travail chargé de la thématique. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé qui est pris en compte dans le plan d'actions institutionnel. Ce dernier s'organise autour de 7 axes dont le premier concerne l'organisation du parcours du patient. Les objectifs principaux de cet axe ont trait à la prise en charge du patient opéré, à l'accueil des urgences, à la sortie du patient, à la prise en charge des cancers et aux activités d'éducation thérapeutique.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est défini est assuré par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement. La Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité en a assuré l'assistance méthodologique. Au regard de ses missions et des risques identifiés, la réponse aux besoins en ressources matérielles et humaines est organisée. Un plan de formation est défini. Des formations sont organisées sur la prise en charge des patients afin d'assurer. Un dispositif d'accueil des nouveaux arrivants dont les internes est en place. La gestion documentaire est organisée et les ressources documentaires sont disponibles dans les différents services. L'organisation des parcours est décrite dans les projets médicaux des pôles. Il existe un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence et une organisation adaptée à la prise en charge de l'urgence vitale au sein de l'établissement. La continuité des soins dans l'établissement est assurée; des règles de présence et un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins sont définis. La prise en charge du patient est établie en fonction de l'évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge. Le projet de soins personnalisé ou le projet de vie pour l'Unité de soins de longue durée est concerté avec le patient ou sa famille. Il intègre le cas échéant la réflexion-bénéfice risque. La prise en charge repose sur des réunions pluri professionnelles organisées suivant une périodicité différente selon les services. Pour certaines disciplines comme la pneumologie, des staffs sont également organisés en commun avec les équipes médicale du CH de La Rochelle. Des actions d'information thérapeutique du patient sont organisées dans l'ensemble des pôles. Un chemin clinique spécifique à la prise en charge de l'asthme a été défini en commun par le service d'accueil des urgences et celui de pneumologie. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont assurés et tracés dans le dossier du patient. Une procédure relative au risque suicidaire est disponible et un dispositif de prise en compte du risque suicidaire est en place avec une équipe pluridisciplinaire. Les équipements des chambres des patients sont adaptés pour tenir compte de ce risque. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : des réunions à périodicité adaptée sont en place entre les services et le laboratoire, la radiologie, le service de brancardage, le secteur logistique ou le service d'accueil des urgences. La sortie du patient est organisée permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Une check-list de sortie est définie. Le dispositif PRADO est en place en maternité et est étendu à l'orthopédie. Le logiciel Via Trajectoire est utilisé pour coordonner la sortie du patient. La fonction transport interne des patients est organisée. Par ailleurs, il existe des documents destinés aux patients tels que le livret d'accueil ou des supports d'informations relatifs aux actes et examens effectués. Le service de Pneumologie met à disposition des patients un classeur dit "carnet de bord" qui décrit la prise en charge des chimiothérapies.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les pôles d'activités cliniques, en référence à leur contrat et au plan d'actions qualité, mettent en œuvre les objectifs opérationnels qui leur sont propres. L'encadrement médical et paramédical sensibilise régulièrement les professionnels sur ces objectifs. Parmi les secteurs visités cette mobilisation a pu être constatée sur plusieurs actions transversales ou spécifiques aux services, à savoir : le recueil de la personne de confiance, le bon renseignement d'indicateurs cliniques dans le dossier patient notamment pour la surveillance des troubles nutritionnels, la maîtrise du risque infectieux, la surveillance des troubles de la déglutition, l'accueil des personnes âgées, l'attention aux personnes démunies au moment de la sortie, la surveillance de la dénutrition par exemple. Les établissements assurent le recueil des indicateurs IQSS. La méthode du patient traceur a été déployée dans l'ensemble des pôles d'activités. Des évaluations de pratiques professionnelles y compris soignantes sont mises en œuvre. Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels et sont le cas échéant incluses dans le PAQSS de l'hôpital.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en effectifs et compétences sont disponibles dans les secteurs. Ils répondent aux besoins de l'activité et des spécificités des populations prises en charge. La disponibilité des compétences est assurée au moyen du plan de formation institutionnel et au niveau des services des actions sont organisées pour l'adaptation des compétences aux pathologies prises en charges. La continuité de la prise en charge des patients est assurée dans l'ensemble des services. Un système de gardes et d'astreintes est en place pour l'ensemble des pôles. Les avis compétents sont recherchés dans l'établissement et à l'extérieur en particulier dans le cadre des coopérations médicales en place avec le CH de La Rochelle. La prise en charge de l'urgence vitale au sein de l'établissement fait l'objet de plusieurs procédures. Un chariot d'urgence régulièrement révisé est disponible dans l'ensemble des services. Les protocoles et les documents utiles aux services sont disponibles sur le réseau informatique et les visites de ces services ont permis de constater la mise en œuvre de cette organisation. Les résultats des bilans biologiques et les comptes rendus de radiologie sont intégrés dans le dossier informatisé du patient. L'accès aux plateaux techniques de radiologie et de biologie est assuré en permanence. L'établissement dispose de locaux et d'équipements récents et adaptés à la prise en charge des patients.

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

L'organisation polaire a été révisée et adaptée pour améliorer l'organisation des parcours des patients. L'aménagement architectural du nouvel hôpital a été réalisé afin de contribuer également au bon fonctionnement des parcours. Les services mettent en œuvre les protocoles établis pour la prise en charge du patient en interne mais aussi dans le cadre des coopérations médicales avec les autres établissements du territoire de santé, par exemple avec le CH de La Rochelle ou le centre de réadaptation cardio-vasculaire. Les évaluations réalisées au cours de la visite dans le cadre des Patients Traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre des prises en charge ainsi que sa traçabilité. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

## C / EVALUER

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

Un ensemble d'actions d'évaluation est réalisées et piloté par la Direction des Usagers, des risques et de la Qualité. L'établissement assure le recueil des IQSS relatifs à la thématique « parcours du patient ». D'autres indicateurs sont suivis dans le domaine de la satisfaction du patient. Par ailleurs, la méthode du « patient traceur » a été déployée et au moins une évaluation a été réalisée dans chacun des pôles. Des évaluations de pratiques professionnelles sont réalisées et l'hôpital développe également des évaluations de pratiques plus spécifiquement soignantes. Des CREX et RMM sont en place. Des bilans sont réalisés.

## A / AGIR

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

Les évaluations conduites ont permis d'identifier des actions correctives qui sont intégrées et articulées avec les programmes d'actions qualité de l'hôpital qui a été révisé en octobre 2016. La communication des résultats est réalisée en interne en direction des professionnels au moyen de plusieurs supports : portail Intranet, bulletin Qualité diffusé avec les bulletins de salaires, affichages institutionnels, réunions d'équipes et instances. En externe la communication est réalisée au moyen du site Internet et du journal



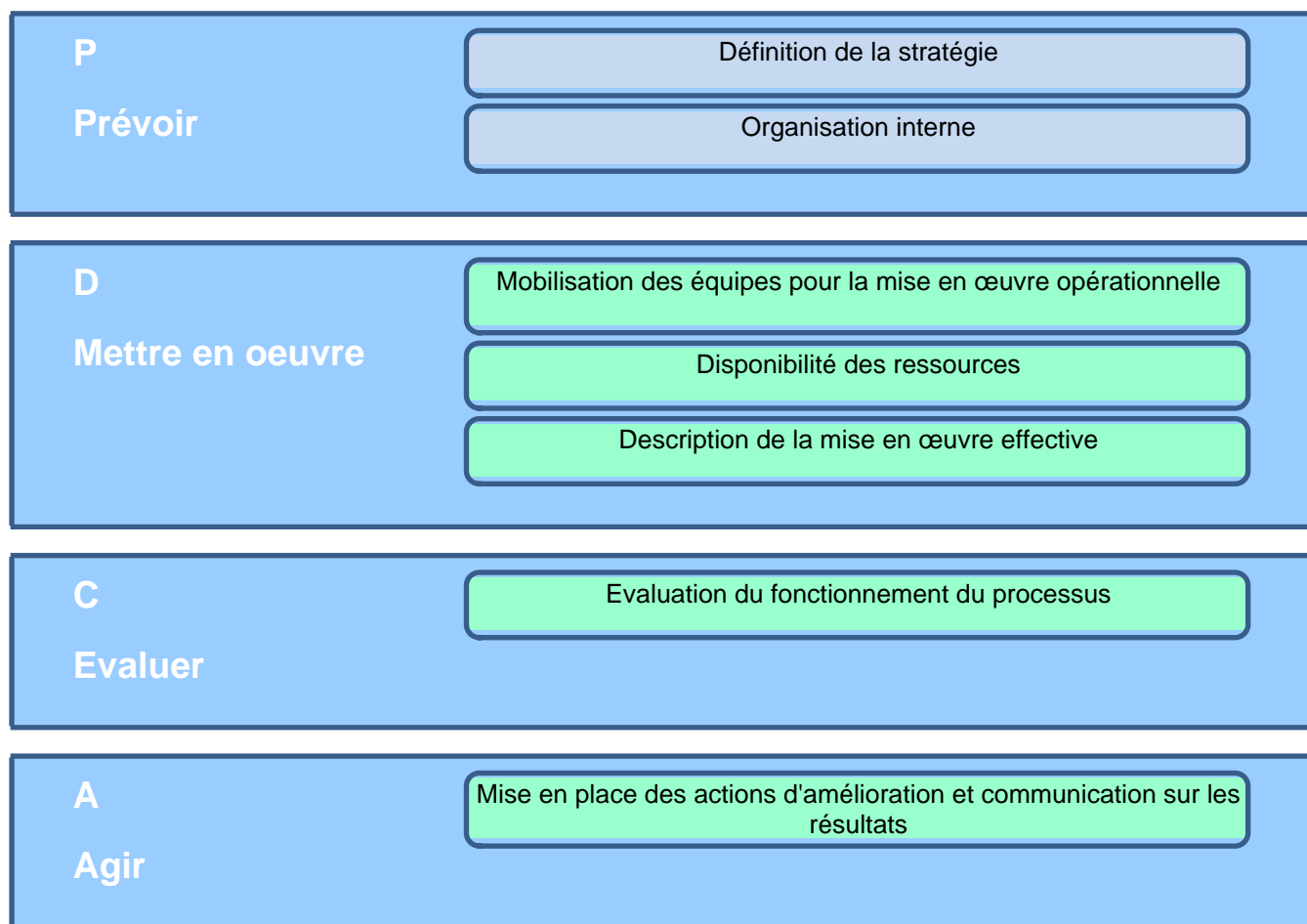
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le projet du schéma directeur du système d'information 2013-2017 et le CPOM 2012-2017 incluent la stratégie de l'établissement relative au dossier du patient. Les axes de cette dernière concernent l'extension des fonctionnalités du dossier patient informatisé (dossier médical et dossier infirmier), l'informatisation du circuit du médicament et la prescription nominative et l'informatisation de la gestion du bloc opératoire. Les objectifs du CPOM visent l'amélioration de tenue du dossier en MCO, de celle du délai d'envoi du courrier fin d'hospitalisation et l'uniformisation du dossier avec le C.H.de la Rochelle. Un groupe pluridisciplinaire a élaboré une cartographie des risques et a procédé à leur hiérarchisation en tenant compte des évaluations réalisées, des précédentes démarches de certification et des résultats des indicateurs IQSS. Le compte qualité recense 23 risques au terme d'une démarche collective et pluridisciplinaire. Ces risques font l'objet de plans d'actions de prévention ou d'atténuation avec une identification claire des responsables, des échéances et des modalités de suivi. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS. Le programme d'actions est présenté aux instances.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter l'ensemble du dossier patient pour l'ensemble de ses parties administratives, médicales et soignantes. Le pilotage du processus est assuré le médecin de DIM et un cadre de santé dont les rôles et les responsabilités sont définis dans la fiche institutionnelle. Un plan de formation est établi et suivi par des indicateurs par le chef de projet. Un dispositif structuré et informatisé regroupe et formalise les procédures, protocoles et guides de composition, de tenu, et d'accessibilité (graduée selon les différents de corps de métiers), transmission et archivage du dossier patient informatisé et papier. Les règles d'information du patient concernant ses droits d'accès à son dossier, la mise à sa disposition, la communication entre professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont établies (notamment les droits de lecture de dossier patient du C.H. Rochefort après leur sortie en HAD pour les médecins référents du C.H. de la Rochelle). La gestion du dossier est basée sur un logiciel qui centralise les données de la totalité des dossiers administratif, médical, de soins, pharmaceutique (y compris chimiothérapie), du passage au bloc opératoire et celles du PMSI. La gestion de système informatique est assurée par le service informatique, un contrat de double niveau sécurise la maintenance. Un système d'astreinte des informaticiens, géré par l'administrateur de garde est opérationnel. Une procédure dégradée est à la disposition du personnel. Les travaux et achats sont planifiés. Les installations centrales sont sécurisées contre l'incendie, le risque inondation. Des sauvegardes sont réalisées avec une périodicité définie sur un serveur de sécurité. Les interfaces avec les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont en places et sont fonctionnelles. Les résultats non informatisés de certains examens extérieurs (entre autres de l'anatomo-pathologie) intègrent le dossier informatisé après être scannées par des secrétaires dédiées.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Un Comité dit « Opérationnel Dossier Patient » (regroupant le Comité DPI, Cellule de Qualité DP et le Groupe de Gestion des Droits) a essentiellement pour mission de déployer la politique qualité et de mettre en œuvre une démarche d'évaluation et d'audit. L'encadrement des pôles sensibilise les professionnels sur les objectifs et les démarches d'amélioration en place. L'organisation pluri professionnelle des EPP, le signalement et la gestion des EI sont opérationnels et des CREX sont en place. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'ensemble des ressources en compétence (équipe dédiée, informaticien) les matériels (PC disponibles) et la documentation (gestion informatique et documents papiers) sont disponibles dans les secteurs. Au regard des besoins et des risques identifiés l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Un plan de formation spécifique est validé pour la formation des professionnels aux outils, aux transmissions ciblées et à l'utilisation du logiciel entièrement déployé dans tous la majorité des services. Ce déploiement est en cours de finalisation dans les services de l'HDJ de Gériatrique, de Gynécologie- Obstétrique et de Néonatalogie. L'ensemble des professionnels ont été formés à l'utilisation des logiciels. Chaque agent dispose d'un accès personnalisé et sécurisé dans le cadre de ses fonctions. Le Centre Hospitalier met à la disposition du personnel la documentation utile à l'utilisation des outils déployés : protocoles et guides de transmission. Les entretiens et visites des services ont permis de constater que

ces derniers étaient connus et disponibles. Les locaux et outils sont adaptés en qualité et en quantité aux besoins.

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

L'ensemble des règles liées à l'utilisation du DPI fait l'objet de procédures par métier ou par fonction et sont disponibles dans la gestion documentaire. De même des profils utilisateurs ont été élaborés afin d'organiser la gestion des droits d'accès. Les secteurs mettent en oeuvre les procédures définies pour le recueil des informations utiles depuis la pré-admission jusqu'à la sortie. Lors des transferts en interne le dossier papier suit le patient et l'ensemble des données informatiques sont disponibles en temps réel aux professionnels. Lors d'un transfert vers une structure externe, une fiche de transfert sur papier est élaborée et disponible. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge des patients est en place. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil remis à son entrée. Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective et le respect des délais d'envoi du dossier est analysé au regard de la réglementation. Les réunions de Comité Opérationnel Dossier Patient sont organisées selon une périodicité définie. La liste des actions est tracée. Les comptes rendus sont disponibles sur intranet.

### **C / EVALUER**

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

Une évaluation de la gestion du dossier patient est en place de manière continue, depuis plusieurs années, sur la base d'indicateur IPAQSS et d'indicateurs propres à l'établissement. Ces indicateurs sont partagés avec les médecins lors des CME et avec les cadres lors des réunions d'encadrement. Tous ces indicateurs sont analysés et donnent lieu à l'identification des axes d'amélioration par le pilote de la thématique. Ces actions correctives ou d'amélioration sont intégrées au plan d'action du processus du dossier patient au fil de l'eau par communication auprès du pilote de processus. Les bilans et rapports d'activité sont réalisés et communiqués.

### **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. Le suivi et la mesure d'efficacité de ces actions et l'analyse des résultats permettent de prévoir les évolutions et des nouvelles priorités. La communication des résultats est réalisée lors des réunions de service, de CME, par publication dans le journal interne et par présentation à la réunion de CRU.

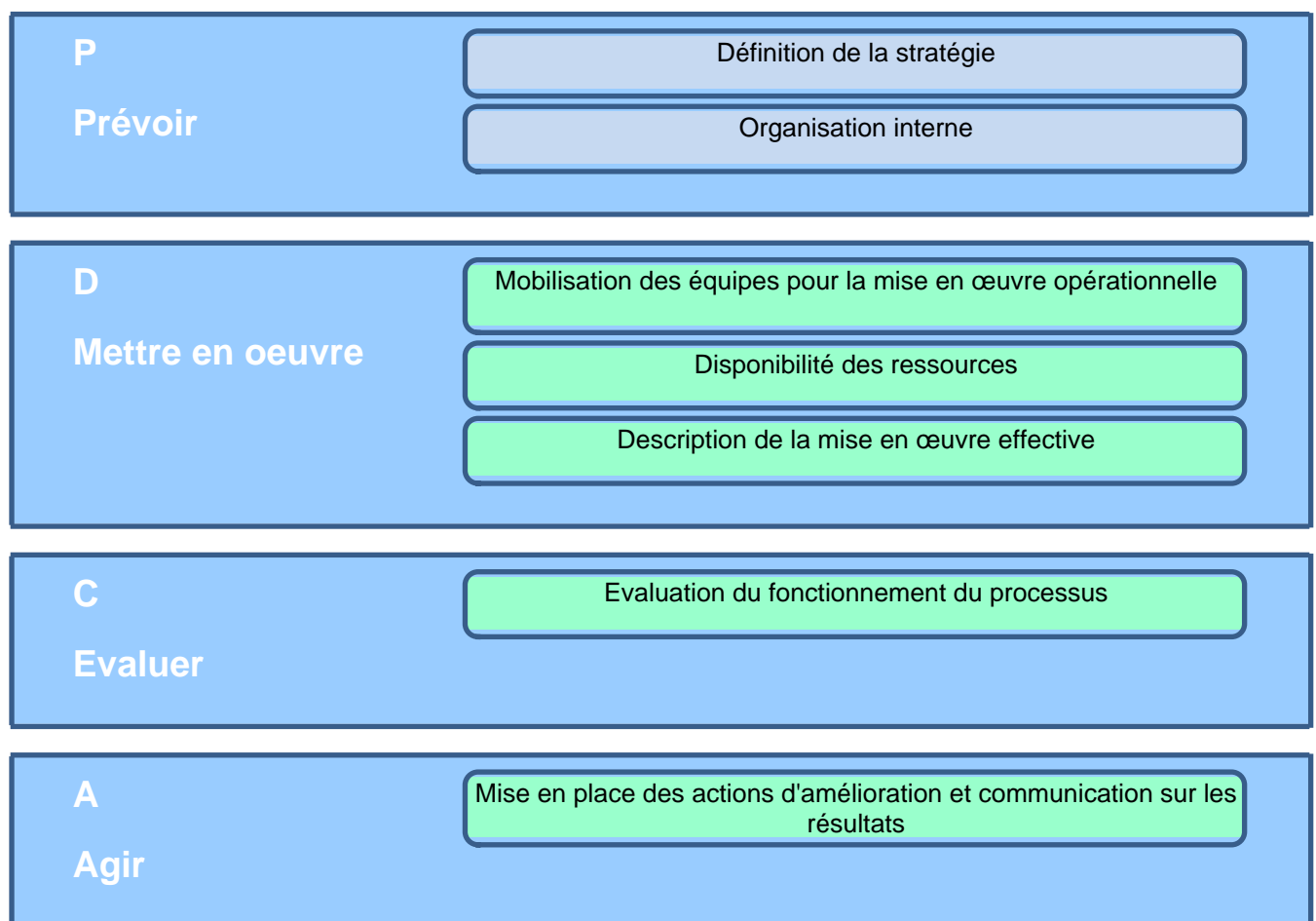
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a défini une stratégie de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse avec des dispositions spécifiques à la personne âgée dans son projet d'établissement 2013/2017, élaboré sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement avec trois objectifs précisés: Prévenir les erreurs liés au circuit du médicament; Garantir le bon usage des médicaments; Assurer la traçabilité exhaustive et au plus prêt du temps réel. Cette politique validée, signée et évaluée s'applique à l'ensemble du circuit du médicament et à l'ensemble des unités et développe des points d'amélioration et de perspectives territoires. En 2016, un système de management qualité des risques dédié à la prise en charge médicamenteuse est créé. Une cellule qualité médicament a pour mission d'assurer, la coordination de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en cohérence avec le système qualité institutionnel. Cette cellule est composée du pharmacien chef de service, du président de la COMEDIMS, de la CME, d'un représentant de la CMSIMT, du cadre de la pharmacie, du cadre responsable de la cellule qualité gestion des risques, du directeur coordonnateur du pôle Qualité des soins. Le COMEDIMS, qui invite toute la communauté médicale de l'établissement, participe par ses avis à la politique /stratégie du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes médicamenteuses. La gestion des anti-infectieux traité en COMEDIMS, participe au bon usage des antibiotiques, à la surveillance des consommations par type d'antibiotiques corrélé à l'écologie bactérienne de l'établissement. L'établissement a analysé ses risques au regard de ses missions et moyens, grâce à l'utilisation des données pertinentes dont il dispose sur le processus et avec la participation des professionnels impactés (pharmacien, Cadre de santé, préparatrice pharmacie, deux médecins).

Les risques sont hiérarchisés selon une méthodologie définie. Le compte qualité du processus, spécifique aux risques principaux de la prise en charge médicamenteuse, complète ce dispositif. Au regard de ses missions, l'établissement élabore son plan d'actions à partir de la réglementation, des résultats et de contrôles d'inspection, du CBUM, de l'analyse de la cartographie des risques/compte qualité, du bilan des erreurs médicamenteuses, des résultats d'EPP et des situations identifiées à risque (médicaments à risque, inappropriés chez la personne âgée, patients à risque, traitement personnel, reconstitution des cytotoxiques, information des patients, etc.). Le plan d'actions prioritaire élaboré et son calendrier assortis des objectifs et des indicateurs de suivi (SECURMED 2015-2016) validé en COMEDIMS est soumis à la direction et au président de la CME et communiqué à l'ensemble des personnels impactés. Le CBUM 2014-2018, et son annexe dont les résultats sont communiqués annuellement à l'ARS, permet une évaluation annuelle en regard des objectifs régionaux et institutionnels fixés.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement identifie et prévoit les ressources, moyens circuits et interfaces pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé. Le cadre de santé préparateur, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et les membres du comité qualité médicaments organisent le pilotage du processus, suivent la mise œuvre du plan d'action, les indicateurs du contrat de bon usage des médicaments, proposent et assurent le suivi des évaluations, des événements indésirables, des CREX et RMM. Le rôle et les responsabilités des personnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis (fiches de postes, de fonction, organigramme du système de management, hiérarchique et fonctionnel de la PUI).

Des référents médicaments au nombre de deux par pôle sont identifiés. Les réunions de la cellule qualité de la prise en charge médicamenteuse, comme celle du COMEDIMS sont organisées et planifiées.(évaluation du process).

Dans le cadre de ses missions, la présidente du COMEDIMS (pharmacien) collabore avec les structures d'appui régionales (OMEDIT) et les établissements territoires (La Rochelle, etc.). Le signalement, traitement et suivi des événements indésirables et la pharmacovigilance sont organisés et procédurés sur l'ensemble du circuit du médicament.(système de déclaration sur guichet unique: médicaments, pharmacie, etc.). L'établissement prend en compte la spécificité de chaque spécialités par la mise à disposition par la PUI de dotation pré-définie dans les armoires pharmacie de chaque secteur et la typologie des pathologies traitées nécessitant le recours à des thérapeutiques médicamenteuses hors livret médicamenteux. La gestion des médicaments est organisée (liste des médicaments à risque définie paramétrée dans le logiciel de prescription pour un bon usage, politique d'achat sur molécules onéreuses, stockage sécurisé des stupéfiants, standardisation des dispositifs d'administration, etc.). La prescription médicamenteuse chez la personne âgée est organisée pour réduire la morbi-mortalité évitable. Les besoins en effectifs, compétences et organisationnels ont été identifiés, notamment pour permettre la permanence pharmaceutique. Le management de la pharmacie est définie avec 4,8 ETP Pharmaciens pour la prise en charge par l'équipe des pharmaciens des différents secteurs (analyse pharmaceutique, prise en charge UCRC, rétrocession, DMI, évaluation..), avec un cadre titulaire d'un Master en qualité et responsable du système de management de la qualité de la prise en charge

médicamenteuse, 9,6 préparateurs/ pharmacie, 1 assistant médical administratif, un adjoint. La gestion quantitative, qualitative et les audits des armoires à pharmacie des unités de soins est organisée et assurée par les préparateurs en pharmacie. La dotation des armoires à pharmacie est spécifique selon les pathologies traités dans les unités. La liste des médicaments présents dans l'établissement est connus des prescripteurs. La liste des prescripteurs habilités est définie et validée. La présence pharmaceutique est organisée H24. Les besoins en formations sont identifiés et planifiés (institutionnelle, staff, antibiothérapie, vaccinations, risque iatrogène, erreurs médicamenteuses, etc.). L'intégration des nouveaux professionnels est prise en compte. Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) élaboré par le COMEDIMS (livret thérapeutique, livret des Antibiotiques, antalgiques, guide Geriamed pour la personne âgée, conseil du bon usage intégré dans le logiciel d'aide à la prescription, etc.) et sur le DPI (médicaments programmés en DCI et avec le nom générique, etc.) et à l'administration actualisés et validés sont à disposition. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments, les règles d'administration (paramétrage des modalités de reconstitution des injectables, des équivalences de doses/gouttes, formes galéniques adaptées aux troubles de la déglutition, etc.) sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée. Les besoins en information pour les patients et leur famille sont identifiés notamment sur le bénéfice/risque, les modalités de surveillance, etc. (plaquettes d'information: "Mon traitement à l'hôpital", carnet de bord pour les patients en chimiothérapie, etc.). L'établissement organise la sensibilisation des représentants des usagers aux actions engagées en faveur du bon usage des médicaments. (Gestion du traitement personnel dans le livret d'accueil, questionnaire de satisfaction de sortie, etc.). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (modalités de dispensation, avis pharmaceutique, réunion pluridisciplinaire avec les secteurs de soins , gestion des DM entre la PUI et les unités, dispensation sécurisée à date prédéterminée dans les services et secteurs, etc.). La continuité du traitement médicamenteux du patient et les établissement territoire CHU, ville sont organisés. (Par exemple: Fiche lien ville: sortie du patient: Signalement d'un dysfonctionnement sur le support de prescription). Il existe un logiciel de prescription connectée implanté dans l'ensemble des services, qui dispose d'un support unique de prescription-administration(excepté anesthésie). Les résultats des observations des experts confortent ces constats. L'établissement met à disposition une unité centralisée au niveau de la PUI pour la reconstitution des cytotoxiques avec un double contrôle. Les préparateurs en charge de la préparation font l'objet d'une habilitation au poste de travail. Un protocole de programmation et de préparation des chimiothérapies, un logiciel métier spécifique sont à disposition. Les locaux de la PUI mis à disposition sont adaptés aux besoins de l'établissement. Ils sont sécurisés avec un sas d'accueil, un local réservé aux DM, aux médicaments classés par molécules, aux médicaments stockés devant respecter la chaîne du froid. Un local permet de reblister les plaquettes de médicaments afin d'assurer la lisibilité de la molécule après découpage. L'établissement met également à disposition un local de rétrocession très personnalisé, respectant l'intimité avec une population extérieur appréciant la prestation et le conseil thérapeutique adapté.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse propres aux secteurs de soins sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables, l'encadrement, les référents sensibilisent les professionnels par de nombreuses actions de formation ou sensibilisation sur les risques principaux identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus (identification sécurisée du médicament jusqu'à l'administration, recueil et analyse des erreurs médicamenteuses, etc.). L'implication des personnels médicaux et paramédicaux impactés dans la prise en charge médicamenteuse favorise le développement d'une culture organisationnelle favorable. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, informent les professionnels de leurs résultats ( recensement des erreurs médicamenteuses dans le cadre du guichet unique, suivi des déclarations en CREX, RMM, fiche analyse des ordonnances de sortie par les officines de ville, etc.), organisent les EPP (audit CONCORMED, préparation médicaments, fractionnement des doses, pratiques d'administration chez la personne âgée..). Pour exemple, en 2015, 125 EI sont signalés sur le circuit, 28 sur la préparation des piluliers/box, 2 CREX sont traités avec la méthode ORION ayant donné lieu à des actions d'amélioration. Des actions correctives sont systématiquement identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) et mises en place avec la collaboration des personnels. Les échanges entre les préparateurs en pharmacie qui gèrent les livraisons , les armoires et les soignants, les pharmaciennes très présentes dans les secteurs favorisent la sécurisation du processus, comme les réunions PUI et unités de soins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences(effectifs, formations adaptées, régulières et dont la traçabilité est assurée), en matériel (locaux organisé de la PUI, respectant la confidentialité au niveau de la rétrocession, Unité centralisée de préparation des cytotoxiques respectant la qualité environnementale), en équipements adaptés et sécurisés et documentation (accessible sur intranet, actualisée et exhaustive) sont disponibles dans les secteurs.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La prescription est systématiquement réalisée via le logiciel de prescription. Les prescriptions sont conformes à la réglementation. Cependant, dans le secteur mère enfant, les règles de prescription sage-femme des antidouleurs chez le nouveau-né en cas d'extraction instrumentale ne sont pas conformes dans 8% des cas. En effet, à l'examen du dossier patient traceur: dans le dossier de nouveau-né la prescription de Doliprane par la sage femme et les administrations à trois reprises ne comportent pas de dose. De plus, la prescription et l'administration répondent à un document non formalisé signé par un pédiatre et à un protocole rédigé en 2012, non validé depuis la rédaction. Les échanges avec plusieurs sages-femmes ont confirmé ces constats. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 82% et systématiquement pour les médicaments hors livret. La traçabilité de l'analyse pharmaceutique est retrouvée sur le logiciel de prescription. Le traitement personnel du patient est pris en compte à l'entrée et à la sortie (contact officine de ville). Les règles de préparation, de mise à disposition, de rangement et stockage dans les unités de soins répondent aux règles de bonnes pratiques. (médicaments à risque, chaîne du froid, cytotoxiques, etc.). La dispensation des médicaments comprend une délivrance Journalière Individuelle nominative pour les traitements spécifiques, les stupéfiants et les antibiotiques à spectre étroit. Pour le reste des médicaments la délivrance est globale et effectuée par les préparateurs en pharmacie dans des boîtes en MCO et en pilulier en USLD pour les formes sèches. L'administration est systématiquement réalisée par des professionnels habilités. Elle est tracée en temps réel dans le logiciel de prescription connectée. Les patients et leur famille reçoivent l'information nécessaire sur leur traitement médicamenteux. Les outils d'aide à la prescription sont disponibles pour l'ensemble des prescripteurs. L'ensemble des actes et vérifications liés à la prise en charge médicamenteuse est tracé sur le support informatisé. Les déclarations des erreurs médicamenteuses sont effectives (fiche EI, CREX, REMED,) et les circuits des déclarations de pharmacovigilances descendante et ascendante opérationnelles.

### C / EVALUER

## EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés notamment les indicateurs IPAQSS et CBU (Taux validation déploiement validation thérapeutique, traitement de sortie rédigé, etc.). Des audits sont réalisés à partir d'EPP, audit CONCORMED. Le recensement des erreurs médicamenteuses réalisé dans le cadre du guichet unique fait l'objet d'une présentation en COMEDIM et d'une transmission à l'OMEDIT.

### A / AGIR

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

Il existe un PAQSS "Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse" exhaustif et dont les actions d'amélioration mises en œuvre sont systématiquement intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication au sein de l'établissement et en direction des instances sur les résultats de la démarche qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse tant les réalisations et les succès que les opportunités d'amélioration, est assurée. Cette démarche fait l'objet d'une révision périodique, en concertation avec les professionnels responsables de la prise en charge médicamenteuse.



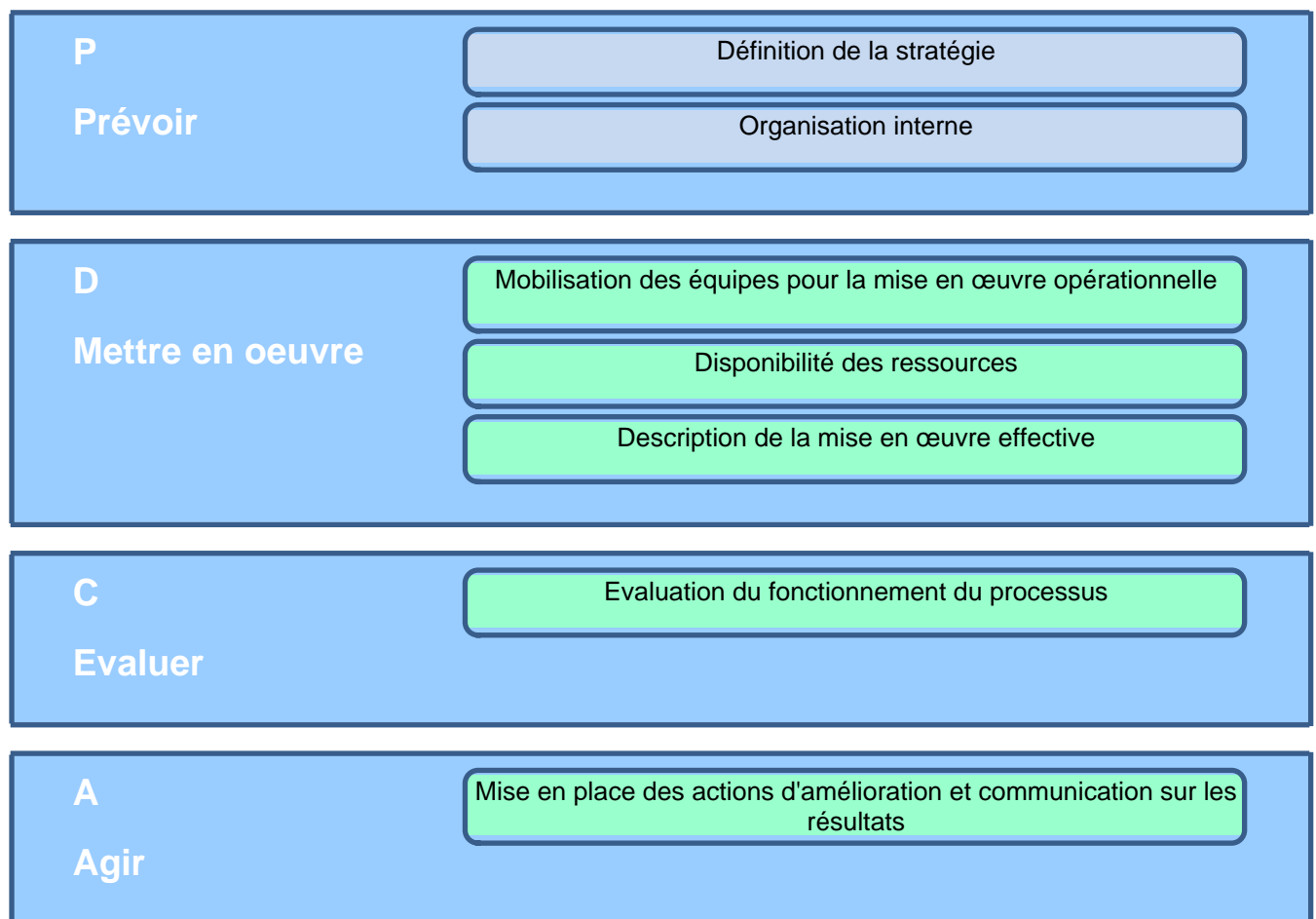
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

Dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17, le Centre hospitalier de Rochefort offre une prestation d'urgence mixte: accueil et orientation des urgences et une antenne SMUR dépendant du SAMU de La Rochelle (environ 1000 sorties/an et une activité déportée sur l'île d'Oléron en été). Le service des urgences connaît une augmentation significative du nombre de passages dépassant 30 000 passages (avec deux pics importants en période estivale et en hiver) contrastant avec des ressources humaines limitées notamment en nombre de praticiens. Les circuits de prise en charge de cette structure d'urgence sont identifiés: zone d'accueil, de tri et d'orientation, filière courte, filière longue (dont une SAUV de 2 places) et une filière extra-courte (plâtre, suture, etc.). Onze salles d'examen permettent de distinguer par ailleurs des zones de soins adultes et pédiatriques avec des salles d'attente spécifiques. Le personnel des urgences gère également une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de 9 lits (extensibles à 17 en période d'afflux) et, en collaboration avec le cardiologue référent et l'anesthésiste de garde, une Unité de Soins Médicaux Continus de 8 lits, dans le prolongement de la structure d'Urgence et, le cas échéant, des salles d'afflux massif dans le contexte du plan blanc. Une Maison médicale est située dans l'établissement et offre une prestation limitée à 3 fois 2 heures pendant le week-end. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions et du contexte sanitaire régional et intégrés dans les données du CPOM et du projet d'établissement 2013-2017.

Cette stratégie est également basée sur une analyse des risques propres à l'établissement effectuée à l'occasion de l'élaboration du compte qualité. Pour cette analyse, les pilotes du processus en concertation avec les professionnels de terrain ont exploité les données du rapport de la V2010, les différents indicateurs disponibles, les données des CREX et des EPP et de la réglementation en vigueur. Cette cartographie des risques s'appuie également sur l'analyse du processus du parcours patient aux urgences élaboré en janvier 2016 et décliné en séquences de prise en charge selon les filières définies. Les pilotes ont également réalisé en avril 2016 une enquête sous forme de questionnaire ouvert diffusé à l'ensemble des professionnels des urgences. De nombreux risques identifiés ont été triés, hiérarchisés selon la grille de criticité et de niveau de maîtrise de la HAS et regroupés en deux rubriques: risques liés aux interfaces et risques propres à la structure. Un plan d'actions prioritaires a été établi sur les principaux risques retenus. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et décliné par thème et intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Centre hospitalier de Rochefort a établi une organisation pour piloter ce processus. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés à la fois pour le pilotage institutionnel (directeur général, président de CME, chef du pôle Cardiologie-Pneumologie-Urgences et Consultations) et pour le pilotage de la structure d'urgence (chef de service et cadre de santé des urgences, cadre supérieur de santé du même pôle) et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les missions, domaines de compétence et l'organisation de cette structure d'urgence sont inscrits dans le Contrat d'activité du pôle Cardiologie-Pneumologie-Urgences et Consultations (octobre 2015), et détaillés dans une Charte spécifique des urgences actualisée en 2015.

Cette organisation de la prise en charge des urgences, incluant le recours aux avis spécialisés internes et externes, est connue des acteurs du territoire de santé, notamment via les réseaux et les multiples conventions. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources humaines sont prévues, notamment par la nécessité de recourir à l'intérim pour les praticiens ; pour l'organisation de la répartition des personnels dans les différents circuits et secteurs ; par la planification de formations transversales et spécifiques et par le souci d'encadrement et de formation des internes et des stagiaires soignants ; pour l'organisation de sa PASS et de la prise en charge de populations spécifiques (pédiatre, puéricultrice, équipe mobile de gériatrie, équipe d'Addictologie, etc.). Les ressources en matériel et en locaux sont également prévues pour la prise en charge sécurisée des patients, en planifiant les équipements nécessaires pour l'activité du SMUR et en anticipant les besoins en matériel spécifique dans le cadre de l'accueil en SAUV ou du plan blanc (afflux massif, contexte NRBC, Ebola). De plus, les ressources documentaires sont organisées par la mise à disposition de procédures, de protocoles, de chemins cliniques, de documents d'accueil pour les nouveaux arrivants (dont les médecins intérimaires) ; par la préparation des professionnels à l'organisation du déploiement à venir du logiciel spécifique à l'activité des urgences. L'établissement a également prévu une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans certains secteurs cliniques selon des règles définies (procédure d'hospitalisation depuis les urgences, protocole de sur-occupation).

Les circuits de prise en charge des patients selon le degré d'urgence (ex. : box de déchoquage, transfert vers d'autres établissements, maison médicale) et la typologie des patients (circuit court, extra-court,

circuit long, psychiatrie, pédiatrie, gynécologie, cardiologie, neuro-vasculaire, patients détenus, etc.) sont définis et formalisés. Enfin une organisation est en place permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation trois fois par jour et autant que de besoin via un support informatique institutionnel sur Intranet et affiché sur le tableau synoptique de la salle des soins. L'établissement prévoit de mettre en place dès janvier 2017 une IDE dédiée à la gestion des lits.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du service des urgences et du SMUR organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte de fonctionnement des urgences, dans le plan d'action, les procédures, les protocoles et l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation des professionnels sont mises en place en cas de besoin à partir des éléments du compte qualité, du plan d'action issu de la cartographie des risques, de l'analyse des EI, des CREX, du suivi des indicateurs, des réunions périodiques du secteur d'urgence-SMUR. Les résultats en sont communiqués aux équipes. Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration par l'équipe des urgences sont définies : évaluation des temps d'attente, du nombre de passages, des évènements indésirables déclarés et analysés en CREX mis en place dès avril 2015 et qui se réunit tous les deux mois.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité, de même qu'un tableau de gardes et d'astreinte. Des fiches de poste par catégorie de personnels ou par activité spécifique (IDE des Urgences, IOA, IDE référent, IDE HTCD- afflux Massif, IDE renfort estival ambulancier, IDE gestion des lits, etc.) sont définies. La disponibilité et la motivation des professionnels des urgences et de l'ensemble de l'établissement pallient la difficulté de recrutement de praticiens et permettent de faire face à l'augmentation constante de l'activité.

Des réunions de service sont organisées périodiquement (hebdomadaires, mensuelles, annuelles) et des échanges quotidiens sont mis en place pour les transmissions de la garde notamment. Des formations sont réalisées en particulier les formations à l'accueil et à l'orientation des patients et à l'afflux massif de blessés pour tous les professionnels. D'autres formations sont également dispensées à périodicité régulière : incendie, identitovigilance, douleur, sécurité transfusionnelle, gestion de la violence, PREP-Echographie, Anesthésie locorégionale sous échographie, gestes d'urgences, hypnose, etc. Des praticiens et des IDE détiennent ou suivent également des diplômes spécifiques (DU d'antibiothérapie, DU Ventilation, Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU), hypnose, etc.). Le secteur des urgences organise également un enseignement et un encadrement pour ses propres professionnels, notamment pour le Internes d'Urgence et de Médecine générale (identification d'un Maître de stage formé), les intérimaires, les stagiaires de l'IFSI. Un système de séniorisation des demandes des examens complémentaires et des prescriptions renforce la sécurisation de la prise en charge des patients. Des référents sont identifiés et les liens avec les instances sont organisés. La maintenance préventive et curative des locaux et des matériels est assurée. Les documents utiles à l'activité des professionnels sont disponibles utilisés et mis à jour par les professionnels des urgences.

Le cheminement du patient aux urgences est formalisé dans des documents spécifiques et répond à des procédures sécurisées de prise en charge (pédiatrie, gynécologie, médecine, cardiologie, chirurgie, imagerie, etc.). D'autres prises en charge spécifiques par pathologie sont également protocolisées dans des documents internes de référence (chemins clinique du patient asthmatique, de la pancréatite aiguë, intubation, etc.).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La visite du secteur et les évaluations réalisées dans le cadre des patients traceurs ont permis de vérifier l'efficience et le respect de l'organisation de la prise en charge du patient et de sa traçabilité pour tous les types de patients et de circuits. Les procédures actualisées sont mises en œuvre et respectées. Les interfaces avec l'UHCD, l'Unité de Sonis Continus, les autres secteurs du plateau technique (radiologie, laboratoire, bloc, endoscopie, ambulatoire) sont opérationnels et formalisés, de même qu'avec les secteurs cliniques (check-list de sortie des urgences, prescriptions pour trois jours par le praticien des urgences en cas d'hospitalisation dans un secteur clinique). Il existe de nombreuses conventions établies, entre autres, dans le cadre du GHT, notamment avec l'hôpital de La Rochelle, avec le CHU de Poitiers (télé médecine dans le cadre de la neurochirurgie/AVC), avec Le Pôle Mère Enfant pour l'accueil des urgences pédiatriques, les services psychiatriques de secteur, l'équipe Mobile de Gériatrie, l'équipe de Liaison des Soins en Addictologie, le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) etc. La traçabilité des différents actes, activités, prescriptions, transmissions, est effectuée sur support papier. Les prescriptions médicamenteuses pour les patients devant être hospitalisés sont effectuées sur le support informatique institutionnel comme dans les autres secteurs.

## 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 nationaux, indicateurs internes quantitatifs (sur l'activité par circuits, par degré d'urgence, nombre d'hospitalisation en UHTCD, nombre de FEI et qualitatifs (délais d'attente, temps de passage, temps de sortie SMUR, tenue du dossier, suivi des non-conformités avec le laboratoire, analyse des événements indésirables qui sont discutés avec les professionnels du secteur avec communication systématique des résultats en retour, etc.). Un tableau de bord de l'activité est en place notamment des Résumés des Passages aux Urgences. L'enquête de satisfaction des patients est recueillie, analysée et traitée. Des CREX bimestriels sont en place de même que des EPP, portant notamment sur l'évaluation de la fonction IOA, de la qualité des informations transmises par les sapeurs-pompiers, de la douleur.

## A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre au regard des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions issues de l'analyse des risques dans le cadre du compte qualité et du résultat des indicateurs internes et des évaluations diverses sont prévues selon un calendrier défini avec identification de pilotes et organisation du suivi, par exemple : déploiement de l'informatisation, pertinence des prescriptions chez le sujet âgé, pertinence des examens complémentaires, identification de référents médicaux par spécialité, élaboration et actualisations de protocoles, formations, etc. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, auprès des professionnels, des médecins de ville et des usagers et via les instances (notamment en bureau de CME bimensuel) lors de réunions, par affichage, par le site Internet ou le journal d'établissement Hop Aktu.



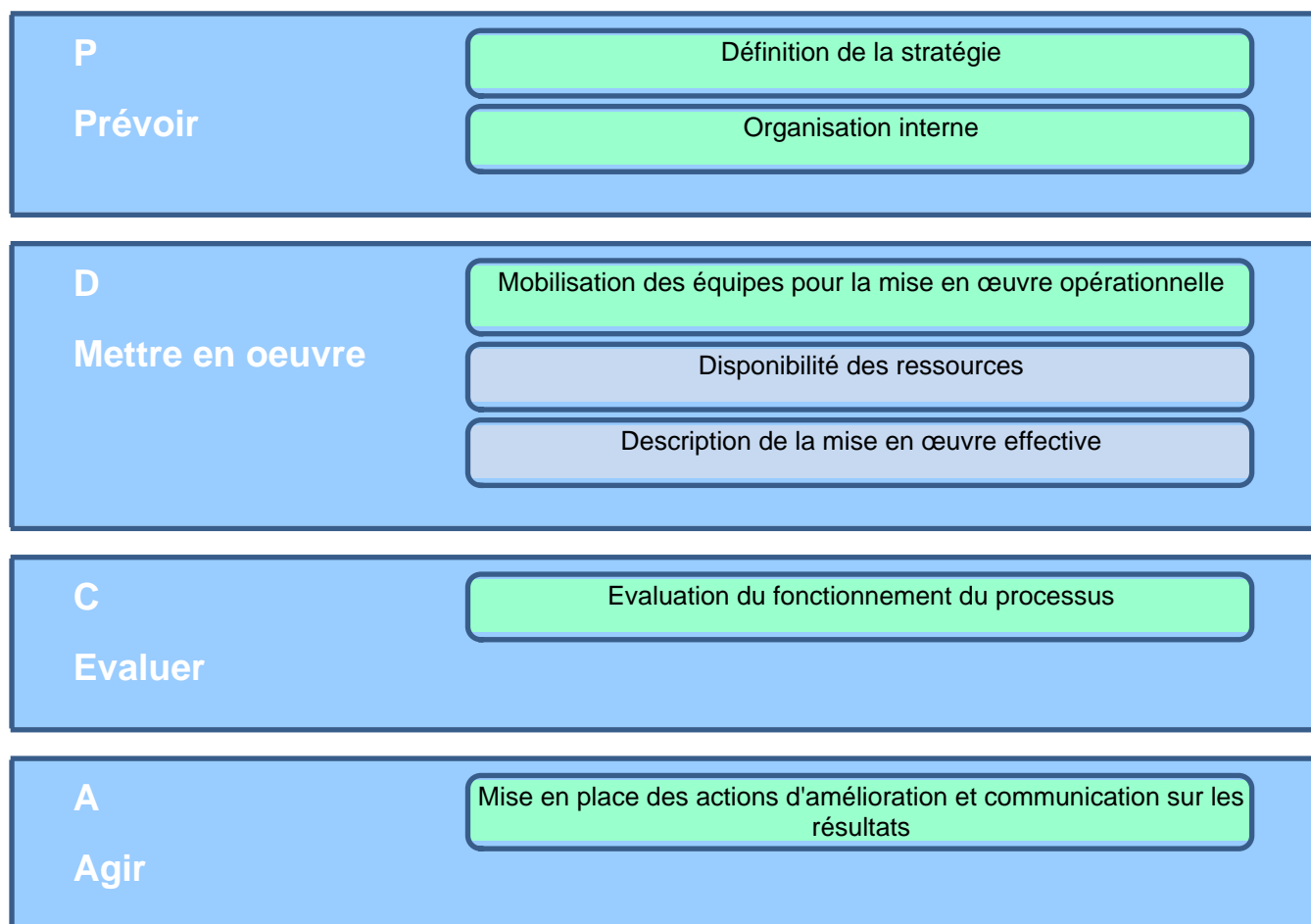
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Rochefort fait partie du Groupement hospitalier Territorial Atlantique 17 et articule des liens de coopération étroits avec le centre hospitalier de La Rochelle et ses praticiens. Son activité chirurgicale a doublé lors des cinq dernières années. Le bloc opératoire de l'établissement regroupe 7 salles d'interventions pour une activité polyvalente (digestive, urologie, gynécologie-obstétrique, orthopédie-traumatologie, ophtalmologie, ORL, maxillo-stomatologie, etc.). Une salle est dédiée aux césariennes en code rouge en accès court spécifique, une autre préférentiellement à l'orthopédie. Les endoscopies notamment digestives sous anesthésie générale sont également effectuées au bloc opératoire dans une autre salle dédiée. Une salle de SSPI de 11 postes est située dans l'enceinte du bloc opératoire. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) est située au même niveau et accessible également par un circuit privilégié. Le plateau technique d'endoscopie digestive (sans anesthésie générale) est contigu au bloc opératoire au bloc (voir processus Endoscopie). Le bloc opératoire appartient au pôle Plateau Technique Chirurgical (PTC) et bénéficie d'un pilotage institutionnel décrit dans la Charte du bloc opératoire mise à jour en juin 2016 ; le fonctionnement de l'activité ambulatoire est stipulé dans un Règlement intérieur spécifique rédigé en janvier 2016. Pour la prise en charge des patients au bloc opératoire, il existe une stratégie et des objectifs décrits dans le CPOM et dans le Projet d'établissement 2013-2017. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des missions, du contexte de l'établissement dans le bassin d'offre des soins de Charente maritime nord à l'intérieur du Groupement Hospitalier Territorial et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Pour cette analyse, un groupe de travail comportant les représentants des différentes catégories de personnels a exploité les données du rapport de la V2010, des différents indicateurs, des EPP, des évaluations internes et de la réglementation en vigueur.

Dans le cadre du compte qualité, une cartographie des risques a été établie à partir d'une analyse du processus parcours patient au bloc opératoire étudié selon les différents circuits de patients et de l'audit interne de ce processus effectué en décembre 2015. Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon la grille de criticité et de niveau de maîtrise de la HAS et regroupés par thème (identitovigilance, risque opératoire, risque infectieux, programmation, interfaces, etc.) et un plan d'actions prioritaires a été établi sur les principaux risques. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et intégré dans le PAQSS de l'établissement. Elle est communiquée à l'ensemble des professionnels lors des réunions de service, des réunions du bureau de boc et du conseil de boc, et par l'Intranet.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. L'organisation du bloc est formalisée dans la Charte du bloc opératoire mise à jour en juin 2016, et, pour l'activité ambulatoire, précisée dans un Règlement intérieur spécifique à ce secteur. Le Bureau de pôle est l'organe de pilotage opérationnel du plateau chirurgical (bloc, anesthésie et chirurgie ambulatoire) et se réunit tous les 15 jours. Ses missions et ses responsabilités sont définies et ses activités et comptes rendus de séance diffusés aux professionnels concernés. Il informe le Conseil de bloc qui se réunit tous les deux mois. Une commission des utilisateurs du bloc a un rôle consultatif et informatif et se réunit annuellement. Les pilotes rencontrés lors de l'audit du processus bloc: le chef du pôle PTC (anesthésiste), la cadre supérieure de santé du pôle, le directeur référent du pôle, sont formés spécifiquement à cette mission et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste actualisés. D'autres responsables d'actions d'amélioration par spécialité ou secteur (cadres, praticiens, pharmacie, EOH, intervenants externes, etc.) ont été identifiés, en lien également avec d'autres processus ou vigilances pour conduire ces actions. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. En termes de ressources humaines, l'effectif est suffisant et l'établissement ne recourt pas à l'intérim; des formations régulières sont planifiées (pour la SSPI, douleur, hygiène, AFGSU, radioprotection, etc.); deux IADE et un MAR sont formés à l'hypnose; d'autres formations sont également inscrites au plan 2016-17 (chirurgie ambulatoire, chirurgie bariatrique, chirurgie orthopédique, journées spécifiques à thème, congrès, etc.). Les nouveaux arrivants sont intégrés et bénéficient d'une formation/accompagnement par parrainage (IBODE) ou par tutorat (IADE). Des référents sont identifiés (matériel, douleur, pharmacie, hygiène, stérilisation, PCR, pédiatrie, etc.). Il existe des plans pour la maintenance du matériel et pour les achats. Le système d'information et de gestion documentaire est structuré et la coexistence des supports papier et informatiques est maîtrisée.

**D / METTRE EN OEUVRE**

## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels issus de la politique institutionnelle et des réunions du comité de bloc sont communiqués régulièrement aux professionnels (notamment via les cadres de proximité, les réunions du secteur, l'Intranet). Les pilotes de proximité (une cadre IADE et une cadre IBODE) s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte du bloc, dans le plan d'actions, les procédures, les protocoles et l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation des professionnels sont mises en place en cas de besoin à partir des éléments du compte qualité, du plan d'action issu de la cartographie des risques, de l'analyse des EI, des CREX et RMM, du suivi des indicateurs, des réunions périodiques du plateau technique. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en adéquation avec l'activité pour répondre aux besoins et assurer la continuité de la prise en charge en cas d'urgence y compris en période de garde. Un planning sous forme de tableau permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. Les astreintes sont organisées et diffusées. Un tableau de vacation et congés des praticiens est régulièrement actualisé. Le nombre de postes en SSPI (IADE/IDE) est conforme. Des formations et informations pour les personnels paramédicaux et médicaux sont effectuées. Les ressources documentaires (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, fiches d'interventions, procédures, protocoles) sont disponibles sur l'Intranet et support papier à l'intérieur du bloc. Le programme opératoire, initié dès la consultation chirurgicale par le chirurgien, puis par les secrétariats médicaux, fait l'objet d'une prévision hebdomadaire lors d'une réunion le jeudi au cours de laquelle le programme est planifié et arrêté pour la semaine suivante. Il apparaît dans un logiciel spécifique avec un visuel clair accessible en temps réel à tous les professionnels des secteurs concernés. Un curseur visualise le déroulement des interventions en cours. Ce programme de même que la planification des ressources (salles, matériels, personnels) sont actualisés au fil de l'eau, y compris pour les interventions non programmées, par les cadres de bloc et les IBODE. Il existe un binôme de référents IBODE pour chacune des neuf spécialités chirurgicales. Pour chaque intervention, les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge (dossier médical, dossier d'anesthésie, examens complémentaires). Les matériels nécessaires sont disponibles dans les secteurs d'activité et regroupés par spécialité à proximité de salles. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés. Une organisation permet d'anticiper le contrôle de la présence du matériel. Le matériel d'urgence vitale est disponible et opérationnel sur le plateau technique. La maintenance préventive et curative du matériel est effective.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le pilotage du plateau technique du bloc opératoire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les observations issues des réunions patients traceurs et de la visite du plateau technique ont confirmé que ce processus était opérationnel. Le planning de chaque intervenant est affiché et la permanence des soins est assurée. La sécurité au niveau du plateau technique et en SSPI est assurée. Les pratiques professionnelles des différentes spécialités sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire. Les différentes zones et circuits dans le bloc sont identifiés, validés par le CLIN et respectés (circuit passant par la SSPI, circuit court direct pour les césariennes en urgence, circuit « anesthésie topique » (ophtalmologie) venant du secteur ambulatoire. Au sas d'entrée, deux AS sont posté(s) pour l'accueil du patient et la vérification des éléments de transmission secteur/bloc, dont l'identité. La maîtrise du risque infectieux est effective. Le bio-nettoyage est protocolisé, tracé et contrôlé régulièrement. La suppression des salles est assurée. Les vérifications quotidiennes sont réalisées et tracées (registres d'ouverture de salles, fiches de préparation des interventions, etc.). La traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables et des actes est assurée dans le dossier patient avec un double conservé au bloc opératoire. Les contrôles de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés périodiquement et tracés.

Les circuits du patient répondent aux exigences de qualité et de sécurité (identitovigilance, hygiène, confidentialité, intimité). Les données du dossier patient sont disponibles en temps réel soit dans le dossier papier et, pour certains éléments, sur support informatique. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en œuvre et tracée sur le support informatique du bloc pour toutes les interventions. La prise en charge anesthésique et chirurgicale per opératoire est tracée sur support papier. Le risque transfusionnel est maîtrisé. La gestion des risques est effective. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables avec organisation du retour d'expérience. Le bureau de pôle (élargi aux cadres de proximité) prend en compte la gestion des EI déclarés et organise avec la cellule Qualité la suite à donner (en CREX ou RMM institutionnelles). Les mesures de prévention des risques professionnels, concernant notamment la radioprotection, sont mises en œuvre. La prise en charge en SSPI de même que l'autorisation de sortie par l'anesthésiste sont tracées sur support papier. Les prescriptions post opératoires sont mises en œuvre et notées dans le dossier patient informatisé pour les patients hospitalisés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire est assurée, en particulier par le suivi d'indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie (IQSS) et indicateurs d'activités spécifiques, qui permettent, lors de réunion de service, d'adapter l'organisation et la répartition des ressources. De même, une analyse des événements indésirables est en place sur la base des déclarations et permet l'identification des actions correctives, au cours de CREX ou RMM. Des audits sont en place, notamment concernant l'évaluation et le suivi de la fiche de liaison secteur/bloc, de la check-list de sécurité, du risque infectieux, etc. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont produits périodiquement par les responsables du bloc. Il existe un benchmark (2016) en lien avec l'ANAP concernant l'activité du bloc et particulièrement de la chirurgie ambulatoire.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Des démarches d'amélioration sont en place au sein du bloc opératoire, issues de différentes évaluations (cartographie des risques, IQSS, CREX, RMM, enquêtes de pratique, etc.) et classées par thème : amélioration de la performance du bloc (exemple: optimisation des plages opératoires), développement du partage d'informations (exemple: poursuite du déploiement de l'informatisation du bloc, travail continu sur l'optimisation de la check-list de sécurité), développement de l'activité ambulatoire (exemple: en ORL), sécurisation de la traçabilité des DMI, etc. La communication des résultats est diffusée au sein du bloc opératoire, notamment lors des bureaux de pôle, des conseils de bloc, des réunions de secteur ainsi qu'aux instances

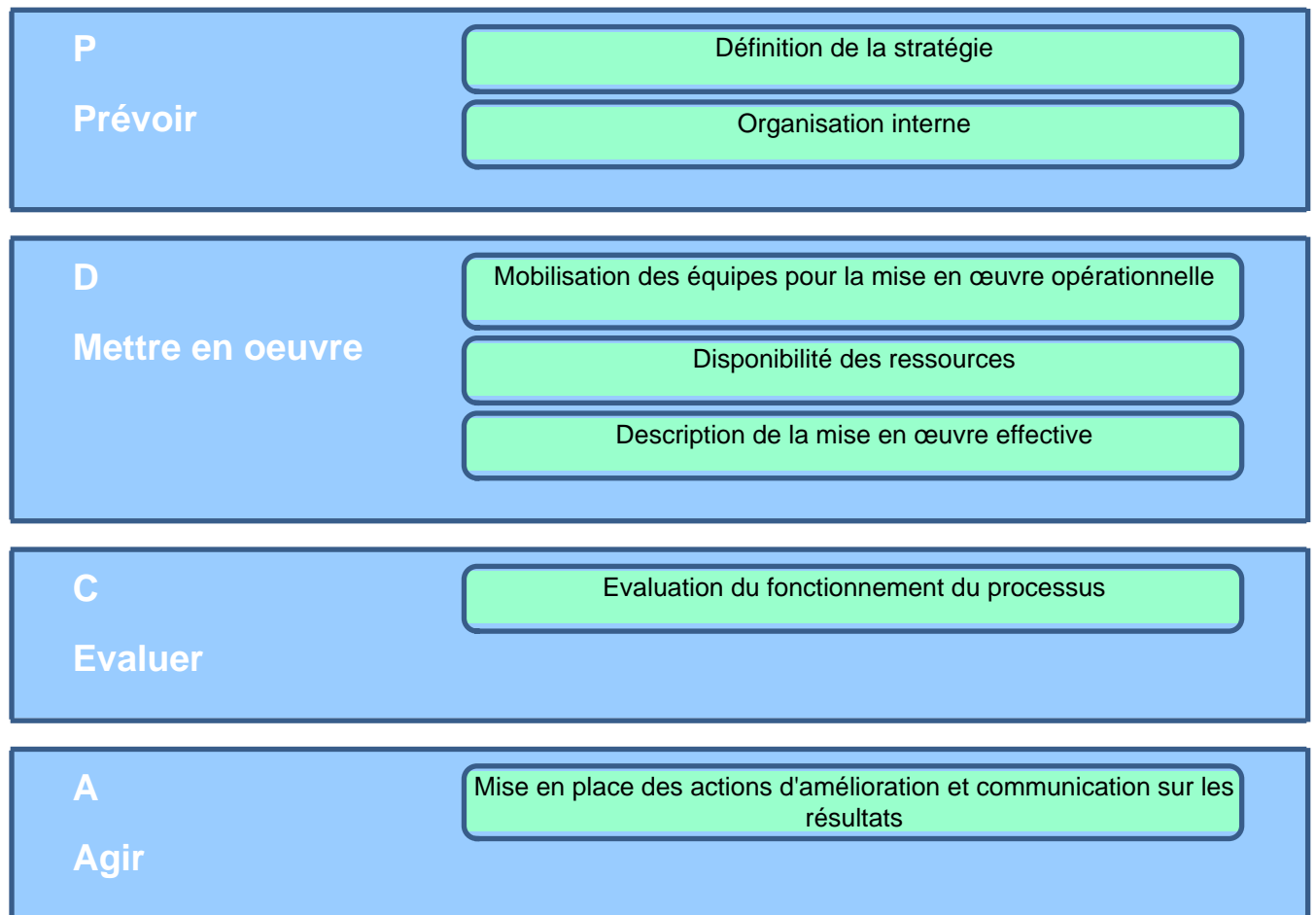
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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**

Le Centre Hospitalier de Rochefort fait partie du Groupement hospitalier Territorial Atlantique 17 et a tissé des liens de coopération étroits avec le centre hospitalier de La Rochelle et ses praticiens. Il a également intégré des praticiens libéraux du secteur exerçant sur ses plateaux d'endoscopie.

L'établissement compte 4 secteurs d'activité d'endoscopie, répartis sur 2 niveaux. Au premier niveau se trouve le plateau d'Endoscopie digestive à proximité du bloc et l'endoscopie du bloc opératoire. Au niveau 0 se trouve le plateau technique dit « Cardio-Pneumo » qui inclut également les explorations fonctionnelles et les endoscopies réalisées en consultations externes. Sont répertoriées comme activités endoscopiques, au premier niveau:

les endoscopies digestives (hautes et basses) au niveau du plateau d'Endoscopie digestive (sans anesthésie générale) et au sein du bloc opératoire (avec anesthésie générale) dans une salle dédiée; sont également réalisées au sein du bloc opératoire et lors de procédures sous anesthésie générale : des hystérosopies, cystoscopies, urétérosopies et bronchoscopies. Au niveau 0, se trouvent les explorations non digestives et sans anesthésie générale : fibroscopie bronchique, ORL, cystoscopie, échographie endorectale et échographie trans-oesophagienne. Trois secteurs sont habilités pour le traitement des endoscopes. Au niveau 1: les endoscopes servant aux explorations digestives du plateau d'Endoscopie digestive et du bloc opératoire sont traités au sein du Plateau technique d'Endoscopie digestive, les endoscopes spécifiques autres (biliaire, urinaires...) servant aux explorations lors de procédures sous anesthésie générale rejoignent le traitement des instruments chirurgicaux. Au niveau 0: tous les endoscopes utilisés sur ce plateau « Cardio-Pneumo » sont traités dans un local dédié de ce même plateau. Enfin 3 circuits patients sont clairement identifiés: externe, bloc opératoire et hospitalisation. Ces 4 secteurs d'endoscopie sont rattachés à 3 Pôles différents (Pôle Cardio-Pneumologie-Urgences-Consultations, Pôle des Chirurgies et d'Hépto-Gastro-Entérologie, Pôle Plateau Technique Chirurgical). La stratégie du management de la qualité et de la sécurité en endoscopie a été intégrée à celle du bloc opératoire pour les endoscopies sous anesthésie générale. L'activité endoscopique majoritairement ambulatoire répond aux besoins du territoire de santé et ses objectifs sont inscrits dans le CPOM et dans le projet d'établissement pour la période 2013-2017. L'identification et l'analyse des risques en endoscopie a été élaborée avec les professionnels concernés au regard des différents types d'endoscopie, des processus parcours patient, du bilan des événements indésirables, des évaluations des pratiques professionnelles, notamment d'un audit sur le traitement des endoscopes (2015) et d'un audit de processus (janvier 2016), des résultats des indicateurs d'activité et de suivi, et de la réglementation en vigueur.

Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode HAS, ce qui a permis d'établir des actions d'amélioration prioritaires pour la prise en charge des patients en endoscopie classées par thème: risque infectieux, prise en charge patient, information, risque ATNC etc. Un plan d'actions d'amélioration formalisé a été validé par les instances et est intégré au Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus Endoscopie. Le pilotage est désormais commun par la création, en novembre 2016, d'une Commission Institutionnelle des Endoscopies. Les membres de cette commission ont été identifiés (Gastro-entérologue, médecin hygiéniste, cadres supérieurs, cadres de proximité, IDE hygiéniste, IDEs, ingénieur biomédical) et les missions et responsabilités de cette commission seront formalisées dans une Charte spécifique en cours d'élaboration. L'établissement prévoit l'extension de cette instance avec ses partenaires de la Rochelle.

Le pilotage opérationnel de proximité des différents secteurs est inchangé : pilotes du bloc pour les endoscopies sous anesthésie générale, cadre supérieure de santé et cadre de proximité respectives pour les deux autres secteurs. Ces pilotes sont formés à cette mission et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches de poste actualisées. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. En termes de ressources humaines: vacations planifiées pour les praticiens libéraux, effectif soignant suffisant (IDE et AS dédiées) et participation active de l'IDE hygiéniste et du praticien en Hygiène. L'activité et le planning des soignants entre les examens réalisés au plateau d'Endoscopie digestive et au bloc opératoire sont planifiés et organisés. Le personnel soignant est dédié à l'endoscopie pour le bloc et le plateau Digestif, partagé pour le plateau « Cardio-Pneumo ». Des plans de formations sont établis régulièrement (risque ATNC, prélèvements bactériologiques, traitement des endoscopes), avec un accompagnement spécifique pour les nouveaux arrivants. Des référents, notamment par spécialités, sont identifiés pour tous les secteurs. En termes de ressources matérielles: le traitement des endoscopes digestifs (des examens effectués au bloc opératoire et sur le plateau technique Digestif) est organisé dans un local spécifique de ce plateau Digestif, disposant de quatre laveurs automatisés et d'une paillasse de traitement manuel, et d'une ESET (Enceinte de Stockage d'Endoscopes Thermosensibles). Le parc d'endoscopes est renouvelé

suivant un calendrier défini et selon les recommandations en vigueur. Le plan de maintenance est défini. Le traitement des endoscopes du plateau Cardio-Pneumo du niveau 0 est organisé dans un local dédié disposant d'un laveur et d'une paillasse de traitement manuel. Concernant le dispositif de gestion documentaire, il est établi et structuré. Les procédures ont été actualisées. La définition des circuits et des interfaces avec les différents secteurs concernés (cliniques, médicotechniques, logistiques et administratif), notamment pour les besoins de la programmation des examens, est stipulée dans la Charte de fonctionnement de l'endoscopie pour chacun des plateaux.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les activités endoscopiques avec ou sans anesthésie générale pour l'ensemble des secteurs (plateaux d'endoscopie et bloc) sont effectuées sous l'égide d'un pilotage coordonné et d'un personnel partagé pour le plateau Cardio-Pneumo. Les plans d'action opérationnels issus de la politique institutionnelle et des réunions des secteurs d'endoscopie sont communiqués régulièrement aux professionnels par les cadres des secteurs. Les pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte d'endoscopie, dans le plan d'action, dans les procédures et protocoles et dans l'ensemble des référentiels. Des actions correctives identifiées par les pilotes avec la participation des professionnels du terrain sont mises en place à partir des éléments du compte qualité, du plan d'action issu de la cartographie des risques et de l'audit de processus, de l'analyse des EI, du suivi des indicateurs et des réunions périodiques des plateaux techniques. Le retour d'expérience et d'information est assuré principalement par les cadres et les réunions de secteurs.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en adéquation avec l'activité endoscopique. Des formations et informations pour les personnels paramédicaux et médicaux sont effectuées. Les ressources documentaires (recommandations de bonnes pratiques professionnelles, procédures, protocoles) sont disponibles sur l'Intranet et/ou sur support papier. La programmation des examens endoscopiques, au bloc et pour les deux plateaux techniques d'endoscopie, est organisée et accessible aux professionnels concernés sur support informatique. Ce dispositif est sécurisé et connu de tous et détaillé dans la Charte de fonctionnement de l'endoscopie. Lors des procédures, les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (dossier médical, dossier d'anesthésie, examens complémentaires, protocoles techniques et d'hygiène). Les endoscopes sont disponibles et stockés dans des emplacements sécurisés des plateaux d'endoscopie (dans l'ESET pour les endoscopes digestifs). Le traitement et la décontamination et le traitement des appareils sont réalisés dans les locaux de lavage des secteurs par des professionnels formés. Toutes ces procédures ont été formalisées et validées par l'EOH et les instances concernés. Une organisation permet d'anticiper le contrôle de la présence du matériel nécessaire aux examens, La maintenance préventive et curative du matériel est effective.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organes de pilotage du plateau technique du bloc opératoire et des plateaux d'endoscopie mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les données issues de la visite des secteurs et de l'entretien avec les professionnels, de même que l'évaluation d'un patient traceur en endoscopie ont confirmé que ce processus était opérationnel. Une fois par semaine, les responsables des secteurs (bloc et plateaux d'endoscopie) valident le programme des examens d'endoscopie de la semaine suivante. Les besoins logistiques spécifiques sont ensuite évalués avec les praticiens concernés et les autres intervenants de la prise en charge du patient. La sécurité au niveau du plateau technique d'endoscopie est assurée. Les pratiques professionnelles des différentes spécialités sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning des examens endoscopiques. Les différents zones et circuits pour les sites d'endoscopie sont identifiés et respectés. La gestion des interfaces est effective avec les unités d'hospitalisation, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière, le brancardage, l'équipe responsable du bionettoyage, le service biomédical et les services techniques. La maîtrise du risque infectieux est effective et facilitée par l'implication de l'EOH. Les vérifications quotidiennes sont réalisées et tracées (registres d'ouverture de salles, fiches de préparation des examens, matériel, nettoyage/désinfection). La traçabilité des actes et, le cas échéant, des Dispositifs Médicaux Implantables, est assurée. Les contrôles de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés périodiquement et tracés. Les circuits du patient sur ces différents sites d'examen endoscopique répondent aux exigences de qualité et de sécurité (identitovigilance, hygiène, confidentialité). Les contraintes architecturales du plateau « Cardio-Pneumo » incitent les professionnels à améliorer les démarches organisationnelles du secteur. Les données du dossier patient sont disponibles en temps réel soit dans le dossier papier, soit dans le dossier informatisé. La check-list "sécurité du patient en endoscopie" est mise en œuvre et tracée pour tous les examens digestifs et en voie de déploiement pour les autres examens. Les éléments de prise en charge endoscopique et, le cas échéant, anesthésique, sont tracés. Les dysfonctionnements sont analysés et suivis, et donnent lieu à des actions d'amélioration. La gestion des risques est effective. Les vigilances et

la veille sanitaire sont opérationnelles. Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables dans le cadre du déploiement de CREX institutionnels. La prise en charge en SSPI pour les examens sous AG de même que l'autorisation de sortie par l'anesthésiste sont tracées. Les prescriptions au terme de l'examen sont mises en œuvre et notées dans le dossier patient. La douleur est évaluée et tracée.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation et le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie sont assurés, en particulier par le suivi d'indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie pour les examens réalisés au bloc opératoire et d'indicateurs d'activités spécifiques (prélèvements, contrôles microbiologiques des surfaces, consommation SHA, maintenance, etc.). De même, une analyse des événements indésirables est en place et effectuée de façon périodique avec l'aide de la cellule Qualité et permet l'identification des actions correctives à traiter. Des audits sont en place, notamment concernant l'évaluation et le suivi des différentes check-lists, de la complétude du dossier, du risque ATNC, du risque infectieux dans une démarche de benchmark (2015-2016) dans le cadre du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière). Un audit sur la satisfaction du patient portant sur un grand nombre de réponses a été réalisé en 2015. Des EPP sont poursuivies (traitement des endoscopes, maîtrise du risque infectieux, information du patient et recueil du consentement, etc.).

## **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 Plan d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Des démarches d'amélioration sont en place pour l'activité au bloc opératoire ou spécifiques aux plateaux d'endoscopie. Elles sont issues de différente démarche d'évaluation (indicateurs, CREX, cartographie des risques, audits). Citons par exemple : la mise en place de la nouvelle commission institutionnelle de pilotage commune, l'actualisation de nombreuses procédures, la mise en place d'un livret de vie de l'endoscope, la gestion du risque ATNC, la mise en place de formations spécifiques, etc.). L'activité est présentée annuellement en réunion budgétaire de Pôle avec informations sur les indicateurs d'activité. Les résultats sont communiqués aux professionnels, notamment lors de réunions du secteur, lors de la visite des cadres, par affichage au sein du plateau technique ou via le portail Intranet ou le Bulletin Qualité. En externe la communication est réalisée au moyen du site Internet et du journal d'établissement Hop Aktu.



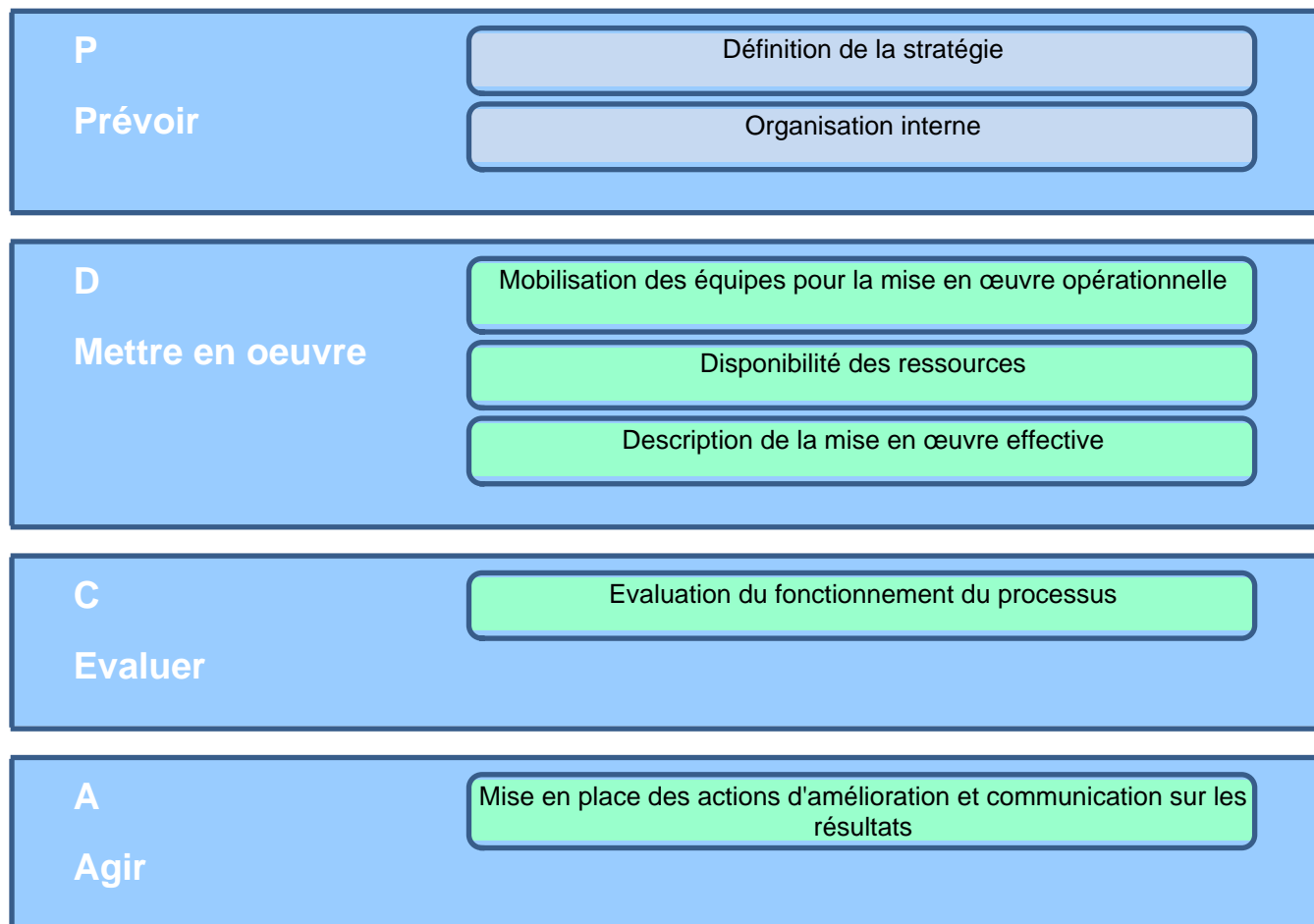
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 secteur dispose d'orientations stratégiques intégrées dans celles du pôle Mère-Enfant, formalisées dans le contrat de pôle en 2014 et qui dont la place et les rôles sont détaillés dans le Projet d'Etablissement 2012-2017 validée par la CME. Cette stratégie prend en compte le niveau du risque fœto-maternel de la maternité dont l'activité est classé au niveau 2A. La collaboration inter établissements est effective au travers du réseau périnatalité du Poitou-Charentes, dont la constitution date de 2007. L'organisation de la prise en charge, le suivi des grossesses sont basés sur le réseau de proximité des PMI et des professionnels de santé libéraux, gynécologues obstétriciens, sages-femmes et médecins généralistes. Un programme d'accompagnement à domicile (PRADO) est proposé en collaboration avec les sages-femmes de ville. L'équipe du secteur de naissance a identifié et analysé les principaux risques de l'activité de façon pluri professionnelle et en tenant compte des résultats du traitement des événements indésirables et des RMM. La cartographie des risques réalisée inclue une hiérarchisation de ces derniers qui tient compte des situations particulières de l'hémorragie postpartum, de la césarienne code rouge et la réanimation néonatale. Un plan d'actions est élaboré et est tracé dans le compte qualité ; les ressources et modalité de suivi sont identifiées.

**ORGANISATION INTERNE**

Le secteur obstétrical dispose de 2 salles d'admissions, 2 salles de pré travail, 3 salles de naissances et 1 salles de césarienne disponible 24/24 attenante au secteur de naissance et une salle de réanimation du nouveau-né équipés de deux postes équipés accessible par le secteur de naissance et par la salle de césarienne. Le secteur de néonatalogie est situé dans la proximité immédiate du secteur de naissances. Le service d'hospitalisation a une capacité d'accueil de 20 lits et de 6 lits en néonatalogie. L'architecture et l'équipement du secteur de naissance et de la salle de césarienne et l'équipement d'anesthésie répondent aux exigences réglementaires. La pratique des examens biologiques sur le nouveau-né est assurée par le laboratoire de biologie médicale situé dans le même bâtiment. Les produits sanguins sont disponibles en permanence dans le centre de transfusion. Le transport des produits et des prélèvements est assuré par les auxiliaires puéricultrices et des aides-soignantes. Le pilotage du processus est défini. Un groupe pluri-professionnel est en place et animé par le Chef de Pôle et par le cadre de service. Leurs missions respectives sont tracées dans leurs fiches de poste. La régulation des activités est structurée et permet de garantir le respect de la programmation et de la sécurité des patientes. La prise en charge, l'organisation en consultation, les programmations avec consultations d'anesthésie correspondent à des circuits définis. Il existe une charte de fonctionnement datant du juillet 2016 vérifiée par le service qualité, validée par le Conseil de Pôle. L'effectif, compétence, qualification des personnels présents en salle de naissance sont définis et répondent aux exigences réglementaires. Les modalités de garde et d'astreintes sont organisées conformément à la législation pour le personnel médical (chirurgien- gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste et pédiatre), pour les sages-femmes et pour le personnel paramédical (IBODE, IADE, auxiliaire puéricultrice). Il existe un plan de formation. Le secteur dispose d'une gestion documentaire qui intègre les procédures définies et formalisées. Celles-ci sont connues par les professionnels. La prise en charge du deuil périnatal est basée sur le travail en réseau avec la participation d'un gynécologue et un pédiatre. L'organisation de la prise en charge des urgences est effective, il existe une procédure de césarienne code rouge. Le protocole de réanimation du nouveau-né est disponible près de chaque table de réanimation.

Le secteur de naissance est partiellement informatisé (notamment pour la prescription médicamenteuse pour la mère et pour le nouveau-né), le dossier de parturiente et de nouveau-né sont sur papier en attente d'élaboration d'un dossier commun avec le C.H. de la Rochelle. Les circuits et les interfaces avec d'autres secteurs d'activité (bloc opératoire, néonatalogie, équipe opérationnelle d'hygiène, laboratoire de biologie, imagerie, pharmacie, anatomopathologie), logistique et administratif permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

Le bio nettoyage est centralisé et est organisé.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les objectifs et les actions aux différents secteurs sont établis en référence à la démarche institutionnelle. Le pilotage sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs particuliers. Le recueil des événements indésirables est opérationnel. La périodicité des réunions est bien définie: staff hebdomadaires, réunion de service, participation aux réunions régionales, REX et RMM. Ces réunions sensibilisent les professionnels aux objectifs fixés. Les pratiques professionnelles s'appuient sur des protocoles rédigés de façon participative et transversale et basés sur les recommandations des bonnes

pratiques. La démarche qualité est documentée et actualisée. Des indicateurs d'activité sont régulièrement suivis par la cellule qualité : taux de césarienne, nombre d'extraction, taux de HPP, taux de péridurale, taux d'accouchement par siège par voie basse. Les résultats sont analysés et communiqués à l'occasion des staffs pour définir le cas échéant des actions correctives. Suite aux évaluations de pratiques, les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement met à la disposition de ce secteur les ressources en compétence, en documentation et en matériel nécessaire et adaptées à la réglementation. L'équipe est composée de 4 chirurgiens obstétriciens temps plein et 2 de temps partiel, 20 sages-femmes polyvalentes, 18 auxiliaires puéricultrices, 1 assistant social à temps partagé, 2 pédiatres dédiés à la maternité et à la néonatalogie, les soins de kinésithérapie et de diététique sont assurés par les services institutionnels. La continuité de la prise en charge est assurée. Le maintien des compétences est assuré. Les protocoles cliniques validés et actualisés sont mis à disposition des professionnels. Les documents d'information pour les parturientes sont disponibles (livret de retour à domicile allaitement etc.). Les locaux et l'équipement du secteur sont conformes et adaptés aux besoins. Les matériels et les dispositifs médicaux y compris d'urgence sont immédiatement disponibles (monitoring fœtal, échographie mobile). Les modalités en place permettent l'obtention en urgence des produits sanguins labiles, la mesure des paramètres biologiques et l'accès immédiat aux examens d'imagerie. La gestion des pannes et des dysfonctionnements est opérationnelle, les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et maintenance.

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

L'équipe du secteur veille au respect de la bientraitance lors de la prise en charge des parturientes. L'accueil et l'identification y compris pour les femmes accouchant sous anonymat sont réalisés et conformes aux règles d'identito-vigilance. Le dossier obstétrical et celui du nouveau-né sont renseignés et comportent les données cliniques et psycho-sociales essentielles et éventuellement les conduites spécifiques identifiées pour la prise en charge de l'accouchement, du nouveau-né et des suites de couche. La surveillance clinique et paraclinique du travail actif (hors césarienne programmée) est tracée sur un partogramme. L'analyse du tracé du RCF est conforme aux bonnes pratiques. L'analgésie obstétricale est assurée, selon le choix de la patiente et de la situation obstétricale, en conformité avec le protocole défini. La surveillance post-partum immédiate est assurée et la prévention est mise en œuvre lors de la délivrance selon le protocole validé. Le processus de mise en peau à peau est favorisé, l'encadrement de l'allaitement et du père présent dans la salle de naissances est assuré. L'ensemble des données et tracé dans le dossier de la mère et du nouveau-né. Le transfert du secteur ou de la SSPI vers le service d'hospitalisation répond aux critères établis. Il est validé après l'examen de la mère. Les soins immédiats du nouveau-né sont assurés. La salle où le nouveau-né est accueilli est conforme et sa température est contrôlée. Chez le nouveau-né à terme, sain et normal, quel que soit le mode de naissance, la sage-femme prodige les soins immédiats selon le protocole établi. Le premier examen est pratiqué afin de s'assurer de l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle pathologie ou malformation, justifiant l'appel du pédiatre. Cette prise en charge est systématique, en cas de besoin. Les risques d'hypoglycémie et d'infection fœto-maternel sont pris en compte. Le protocole d'identification du nouveau-né est mis en œuvre dès la salle de naissance (par pose d'un bracelet) selon les règles établis y compris les nouveaux nés sous X. La traçabilité des soins du nouveau-né, du compte-rendu du 1er examen et des informations médicales relatives à la mère et aux facteurs de risques éventuels est réalisée dans le dossier du nouveau-né. Le carnet de santé est renseigné. La transmission des soins ultérieurs à pratiquer par l'équipe chargée de la surveillance de l'enfant est effectuée. Le nouveau-né à terme sans pathologie est transféré avec sa mère dans le service de suite de naissance. En cas de réanimation néo-natale un classeur de protocole est disponible avec une organisation expliquant les modalités de réanimation du nouveau-né. Les constats issus du patient traceur confirment l'effectivité de la mise en œuvre. La régulation des activités est effective et permet de garantir le respect de la programmation et de la sécurité des patientes-parturientes. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée. La vérification de disponibilité du matériel et de l'équipement est réalisée et tracée par les sages-femmes et par les IADE. Les réunions périodiques (staff hebdomadaire du secteur, staff de programmation du bloc opératoire) assurent la prévention des dysfonctionnements et la mise en place des actions correctives. Le travail en équipe est encouragé. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe. La traçabilité est réalisée et partagée. Le bio-nettoyage et sa traçabilité sont assurés par l'équipe du Bloc Opératoire.

## **C / EVALUER**

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

L'évaluation du fonctionnement du processus est assurée par des bilans et des rapports d'activité sur la base d'outils identifiés et de la conduite d'audits dont le dernier concerne le management de la prise en charge des patientes en secteur de naissance. Des EPP sont réalisées. Les indicateurs cliniques du secteur de naissance sont renseignés. Les RMM spécifiques sont conduites en collaboration avec le C.H. de La

Rochelle. Les analyses des événements indésirables sont réalisées avec une implication des professionnels et le retour d'expérience est organisé. Les actions correctives sont identifiées en fonction des résultats d'évaluations.

## **A / AGIR**

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

Suite aux démarches d'analyse des événements indésirables, des EPP et RMM des améliorations sont menées avec notamment la rédaction ou la révision des protocoles de prise en charge et la mise en place des actions de formation afin d'ajuster les pratiques professionnelles. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'action du secteur et celui de l'établissement. La communication des résultats est réalisée au niveau des professionnels de l'unité et communiqués sur le site informatique propre au service.