



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
CHATEAU DU LOIR**

5 Allée Saint Martin  
Bp 80129  
72500 Chateau Du Loir  
JANVIER 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>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	34
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	38

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAU DU LOIR	
Adresse	5 allée saint martin 72500 Chateau Du Loir
Département / région	SARTHE / PAYS DE LA LOIRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	720000066	CENTRE HOSPITALIER CHATEAU DU LOIR	5 allée saint martin Bp 80129 72500 Chateau-Du-Loir
Etablissement de santé	720000124	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAU DU LOIR	5 allée saint martin Bp 80129 72500 Chateau Du Loir
Etablissement de santé	720014505	CENTRE HOSPITALIER DU CHATEAU DU LOIR - SLD	5 allée saint martin Bp 80129 72500 Chateau-Du-Loir

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Médecine	33	3	317
SLD	SLD	30	/	/
SSR	SSR	25	/	/

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

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Convention Hospitalière de Territoire (CHT) de la Sarthe EHPAD de Ruillé sur Loir : Direction commune + Mise à disposition de personnels
--	---

Conventions avec les EHPAD pour le plan bleu et l'HAD  
Conventions avec le CH du Lude et de St Calais pour la mise à disposition  
de personnels  
Convention avec l'ADOPS 72 pour la régulation de la prise en charge  
médical (Maison médicale de garde)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt de l'hospitalisation de jour depuis le 30/06/2014
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Autorisation d'HAD depuis le 12/09/2012 Augmentation de 2 lits de soins palliatifs supplémentaires à partir du 1er juillet 2014



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Gestion du risque infectieux  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	A DEFINIR	urgences	complexe proche sortie	MCO
2	Adulte	SSR en hospitalisation complète	Affection de l'appareil locomoteur	programmé	simple Suite de chirurgie	SSR
3	Personne âgée	USLD	Polypathologie	programmé	simple gériatrie	SLD
4	Adulte	HAD	A DEFINIR	programmé	simple venant de médecine	HAD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

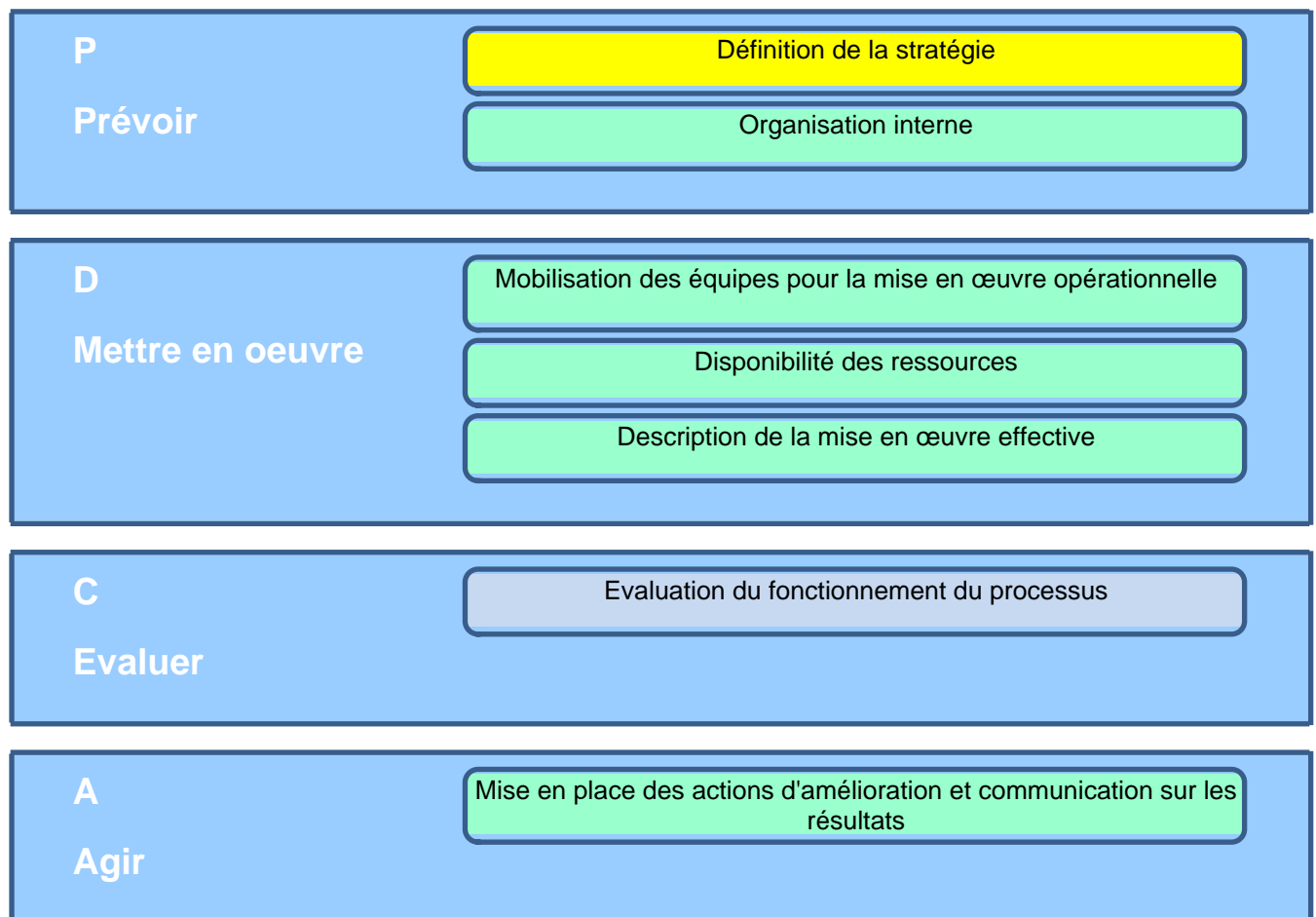
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a défini une politique qualité à partir de deux sources principales d'analyse : un autodiagnostic réalisé en début d'année 2015 et la conformité aux « Éléments d'investigation obligatoires ». Cette politique a été construite avec la participation des équipes. Les différentes composantes d'une politique qualité sont prises en compte : analyse des événements indésirables, gestion de crise, objectifs qualité, obligations réglementaires, amélioration des pratiques professionnelles, plaintes et réclamations, indicateurs qualité. Cette analyse a été enrichie des problématiques dégagées par la réalisation du compte qualité qui a permis de définir des plans d'action au vu de l'analyse des risques effectuée. Toutefois, l'identification des risques est partielle. En effet, les cartographies des risques a priori existantes ne sont pas mises à jour, notamment celle qui concerne l'identitovigilance et la restauration. La cartographie des risques professionnels du document unique est en cours de mise à jour. Il n'existe pas de cartographie des risques sur les secteurs d'activités à risques, en particulier pour l'endoscopie. L'appropriation de la démarche d'évaluation des risques a priori n'est pas opérationnelle car elle ne permet pas la hiérarchisation des risques et de déterminer les modalités de leur traitement. Un plan d'amélioration de la qualité a été défini autour de quatre objectifs centraux. Ainsi le "plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins" unique, reconstruit complètement en 2015 et en cours de finalisation, est décliné en différentes actions regroupées selon les thématiques. Il reprend les actions du compte-qualité. La stratégie et les plans d'amélioration de la qualité ont été validés par le Comité de direction et la CME. La participation des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique qualité gestion des risques est organisée. La CRUPEC est également sollicitée.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il a ainsi défini les rôles des professionnels en vue du management de la qualité. Il s'agit d'une équipe dédiée à la qualité, d'un groupe de travail « pivot » du système d'assurance qualité et des pilotes et groupes de travail par processus. La coordination de la gestion de la qualité et des risques est effectuée par l'équipe qualité. La coordination des dispositifs de vigilance, de veille sanitaire est réalisée également par cette équipe. Les réunions de l'équipe opérationnelle qualité permettent de coordonner régulièrement les actions entre les groupes qualité. Une organisation permet d'assurer le déploiement et la mise en œuvre des démarches EPP. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Un système de gestion informatique est prévu pour l'accès aux ressources documentaires le suivi des événements indésirables. Ce système permet de prioriser les événements indésirables selon leur gravité et leur récurrence. Les groupes de travail par processus ont pour mission d'assurer l'analyse des risques et la définition des plans d'action dans l'établissement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

Des réunions de service ont eu pour objet de décliner le plan d'amélioration de la qualité dans les différentes unités de l'établissement. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. L'évaluation des activités est ainsi réalisée avec les professionnels. Les résultats sont intégrés au plan d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins, diffusés dans les services (niveau de satisfaction par services) et les plans d'actions vus avec les responsables concernés. L'information du personnel à propos de la politique qualité est assurée au sein des instances, par le journal interne et par affichage dans les unités de soins. Les experts ont pu retrouver dans les unités de soins l'affichage de la charte qualité gestion des risques qui décrit les quatre orientations du plan d'amélioration continu de la qualité des soins. Toutefois, le déploiement de la démarche de signalement des événements indésirables n'est pas effectif dans l'ensemble des secteurs d'activité. En effet, les professionnels rencontrés dans un des secteurs d'activité ont été peu sensibilisés à la démarche de déclaration écrite des EI et ne perçoivent pas le sens d'une telle démarche. De plus, le signalement des événements indésirables médicamenteux n'est pas assimilé par les équipes soignantes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement a mis en place une équipe de gestion de la qualité en charge du suivi des protocoles et procédures, de la mobilisation des professionnels autour du déploiement de la qualité (aide aux groupes

de travail en charge des différents processus en particulier) et de la gestion des risques. Cette équipe a bénéficié des formations adaptées. Ainsi, la gestionnaire des risques a été formée à l'analyse des causes profondes des événements indésirables. Le déploiement de la gestion documentaire est effectif dans les secteurs d'activité. Des locaux et le matériel de gestion de la qualité (logiciel de gestion documentaire et des risques) adaptés sont disponibles. Les groupes de gestion de la qualité sont en place et disposent des moyens nécessaires pour travailler.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le pilotage est opérationnel grâce au rôle joué par la direction et le président de la CME. Un groupe de travail opérationnel se réunit deux fois par an au moins et peut se rencontrer en cas de circonstances exceptionnelles. Il coordonne l'action qualité et traite en particulier des événements indésirables les plus graves. Le fonctionnement de l'équipe qualité est effectif. Un dispositif de coordination des vigilances est en place, piloté par le responsable qualité. Ce dispositif intègre la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'hémovigilance, l'identitovigilance, l'infectiovigilance et la radiovigilance. Cependant, l'accès aux ressources documentaires disponibles dans les secteurs n'est pas maîtrisé par tous les professionnels. Ainsi, ils ne savent pas toujours accéder au document recherché actualisé et mis à jour (protocole ou procédure) sur les secteurs de médecine et de SSR du fait de la persistance d'une gestion documentaire papier qu'ils utilisent de façon préférentielle à la gestion documentaire informatisée. Les événements indésirables graves font l'objet de "retours d'expérience" en tant que de besoin. Les événements indésirables et les plaintes traités sont essentiellement des événements de nature logistique. Le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est suivi avec un repérage des actions et des commentaires sur le niveau de réalisation sans que toutefois y soient associés des indicateurs numériques de niveau d'atteinte des objectifs.

### 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. Le taux de satisfaction des usagers est en outre régulièrement suivi en CRUQPEC. Le taux de mise en œuvre des recommandations de la CRUQPEC est suivi. Le suivi de la mise en œuvre des actions du PACQSS est effectué régulièrement selon les indicateurs figurant au "plan d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins" qui comporte des échéances et le suivi de l'état d'avancement. Les plaintes et réclamations sont exploitées et suivies dans le cadre de la Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives. Des recommandations pour l'amélioration de la qualité sont effectuées et suivies. Le processus a été revu dans le courant de l'année 2015 dans le cadre de l'auto-diagnostic qualité : relance de la sous commission des EPP, de mise en place d'un répertoire commun FEI-REX,...

### A / AGIR

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

Les actions d'amélioration prévues sont intégrées et articulées au PACQSS institutionnel. Il existe des fichiers recensant les actions réalisées, initiées et non initiées. Le réajustement du plan est assuré en fonction de ces éléments. Les résultats de ce suivi sont présentés aux instances de pilotage de la démarche (Codir, CME, Groupe opérationnel qualité), aux usagers lors des réunions de la CRUQPEC et à l'ARS dans le cadre du bilan annuel de la CRUQPEC. En interne, la communication des résultats est également assurée par le journal interne, par affichage.



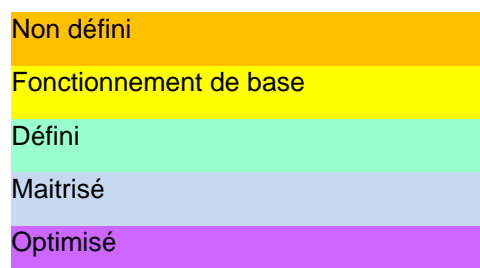
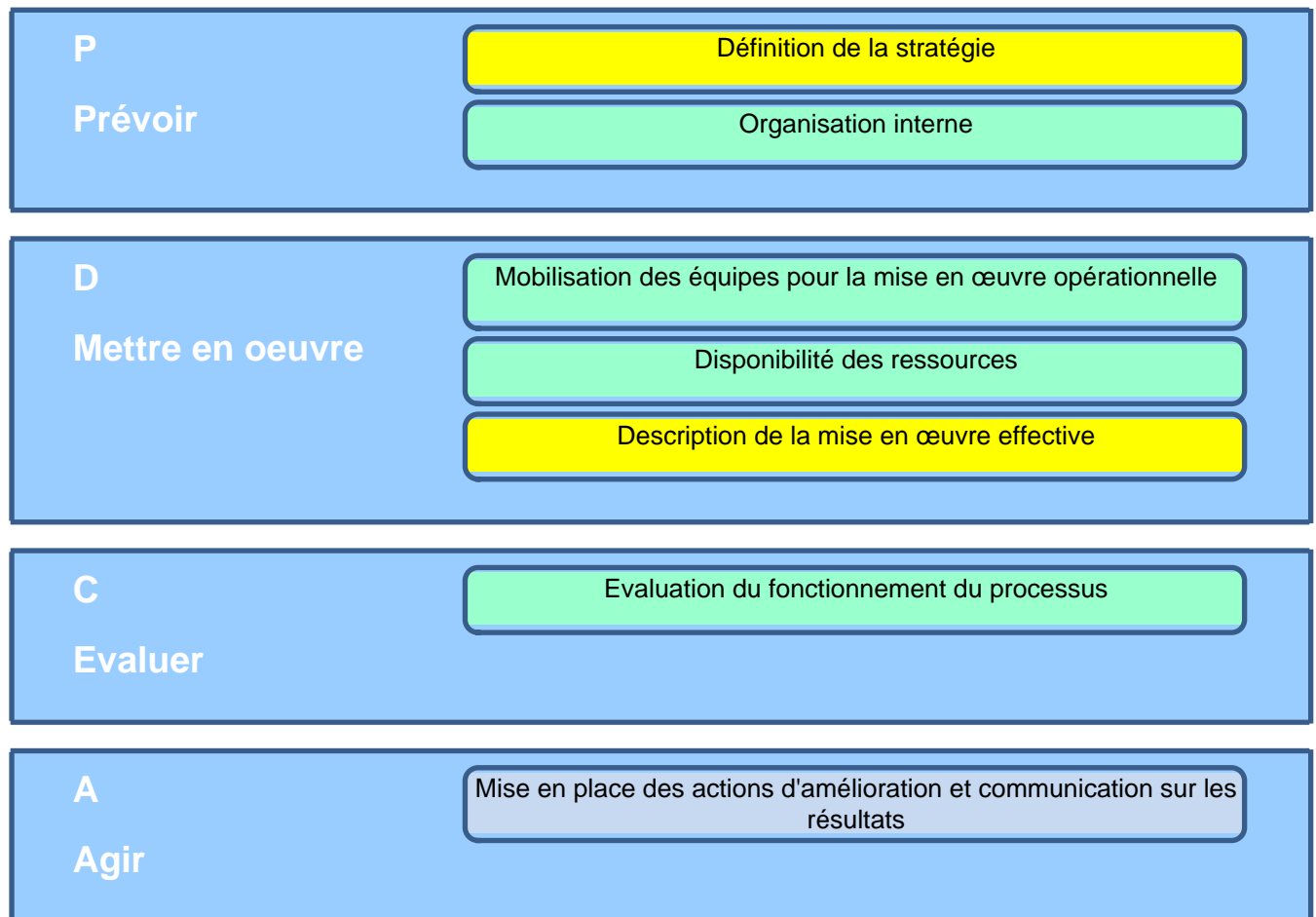
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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 établi une organisation pour piloter le processus. Une politique globale de la gestion du risque infectieux est intégrée à la politique de la qualité et de la gestion des risques et au projet d'établissement 2012-2017. Toutefois, il n'existe pas de stratégie et d'objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. En effet, l'analyse des risques propres à l'établissement ne prend pas en compte le contexte de l'établissement et des besoins identifiés.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter le processus de maîtrise du risque infectieux, en concertation avec la CME. Au regard des missions et des risques identifiés, une équipe opérationnelle d'hygiène est en place, avec des fiches de poste où les missions sont définies. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire. Les modalités de fonctionnement de la lutte contre les infections nosocomiales sont définies. L'établissement a mis en place une structuration et un fonctionnement permettant une identification et une répartition des tâches entre les différents acteurs. Ceux-ci sont décrits dans une procédure nommée validée depuis 2012 par les instances concernées, principalement la CME. Cette procédure est toujours applicable. L'établissement s'est structuré pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Il a mobilisé sa communauté médicale sur cette problématique. Il existe un lien avec l'infectiologue du Centre Hospitalier du Mans pour les avis spécifiques ou les situations complexes. Un référent médical anti-infectieux est identifié. L'équipe opérationnelle d'hygiène élabore chaque année un programme de formations. Ce programme comporte deux volets : une sensibilisation pour les stagiaires et les nouveaux arrivants et des actions spécifiques en fonction des besoins identifiés. Une liste des antibiotiques à suivre spécifiquement existe et est actualisée. L'accès à un référentiel des modalités de prescription des antibiotiques (Antibiogard\*) est effectif. Une EPP porte sur cette thématique. L'établissement suit sa dose délivrée journalière en antibiotique annuelle sans objectif cible défini. L'établissement a établi des procédures et des protocoles adaptés aux risques infectieux en lien avec ses activités cliniques. Le CLIN a validé et réactualise régulièrement les différentes procédures ou protocoles permettant d'assurer des conditions d'hygiène optimales des locaux et des prises en charges. Une liste de ces protocoles permet d'en assurer le suivi et l'adaptation éventuelle. Le tri des déchets est organisé sur l'établissement. L'organisation des conditions optimales des locaux (missions, protocoles, suivi) est définie. Le plan de formation prévoit des formations spécifiques notamment sur les précautions standards, l'hygiène des locaux, un item spécifique risque infectieux lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants. La gestion des interfaces est organisée par la présence de l'EOH au niveau des services et des référents hygiène, identifiés par unité. Un CLIN est actif et se réunit à périodicité définie. Il a défini un programme d'actions et fournit un rapport d'activité formalisé. Sa structuration est en cours de mutation. Toutefois, les circuits de gestion des déchets ne sont pas formalisés. En effet, dans plusieurs locaux de stockage intermédiaires, les différents circuits propre et sale et le circuit des DASRI ne sont pas formalisés. Par ailleurs, l'ascenseur permettant d'évacuer les déchets des services de médecine et de SSR n'est pas identifié par une signalétique spécifique comme réservé à cet usage, il sert donc aussi pour les patients devant se rendre en radiologie.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du CLIN organise la déclinaison de son programme d'actions institutionnel en objectifs et plan d'actions opérationnels. Le CLIN a identifié des référents en hygiène dans chaque secteur. Ceux-ci sont en lien avec l'équipe Opérationnelle d'Hygiène et se réunissent une fois par an. Les responsables de chaque secteur d'activité, en coordination avec l'EOHH, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, journée nationale hygiène des mains, informations régulières, semaine de la sécurité). Ils s'assurent aussi de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. L'équipe opérationnelle d'hygiène sollicite des ressources externes pour enrichir sa compétence. Elle participe aux réunions et aux actions du réseau départemental "LUTIN 72". Elle s'associe également aux manifestations nationales pour promouvoir la prévention du risque infectieux (semaine de la sécurité du patient, sensibilisation à l'hygiène des mains).

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement a prévu les ressources humaines, matérielles nécessaires. L'établissement a élaboré un nombre important de procédures. Il est en cours de les réactualiser. Une priorisation des procédures à

réactualiser à été établie validant les procédures toujours valide, celles nécessitant de façon prioritaire une réactualisation, et précisant celles relevant d'une simple adaptation. Pour optimiser les compétences, le CLIN bénéficie dans sa composition de compétence extérieures. Les dates de réunions du CLIN sont organisée de façon à permettre la participation des regards extérieurs. La composition du CLIN outre des acteurs de soins de l'établissement comporte la présence d'un microbiologiste du laboratoire et d'un représentant des usager.

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

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux sont opérationnelles.

L'équipe opérationnelle d'hygiène organise une surveillance à travers des audits et développe des plan d'actions. La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effectuée. Le DPI précédent disposait d'un système d'alerte qui obligeait à une réévaluation de l'antibiothérapie. Les experts-visiteurs ont pu constaté que les praticiens assuraient la réévaluation de l'antibiothérapie à 48h et sa traçabilité. La traçabilité des actes est assurée sur les différents supports, papier et informatique. Toutefois, les modalités de gestion des déchets ne permettent d'assurer la maîtrise du risque infectieux. En effet, en médecine se trouvent dans la même pièce, le lave bassin, les déchets DASRI, le linge sale et les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) ainsi que les bassins propres et que les chariots de ménages. Dans les services d'UHCD, de médecine, de SSR et USLD, les DASRI sont stockés dans des locaux non sécurisé (accessibles à tous).

### **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, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Lors de son bilan annuel le CLIN présente un état des lieux de la consommation d'antibiotiques et de son évolution, de l'écologie bactérienne et de l'évolution de celle-ci. L'établissement suit comme indicateur son incidence de bactériémie nosocomiale (0,06 pour mille journées d'hospitalisations en 2014). Ce bilan est présenté en CME dans le cadre de sa réflexion institutionnelle. L'établissement participe au recueil des indicateurs LIN. L'équipe opérationnelle d'hygiène réalise chaque année des audits sur des thèmes différents en fonction des enjeux identifiés par le CLIN. En 2015, a été réalisé un audit sur le risque infectieux en secteur d'endoscopie.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, via le programme d'actions du CLIN. Le CLIN en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène construit un programme d'action en cohérence avec le programme institutionnel (formation, gestion des risques, plan d'amélioration de la qualité). Le programme d'action annuel du CLIN est analysé en début d'année suivante, il fait l'objet d'un débat en réunion ce qui permet de construire le nouveau programme au vu des résultats obtenus. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.



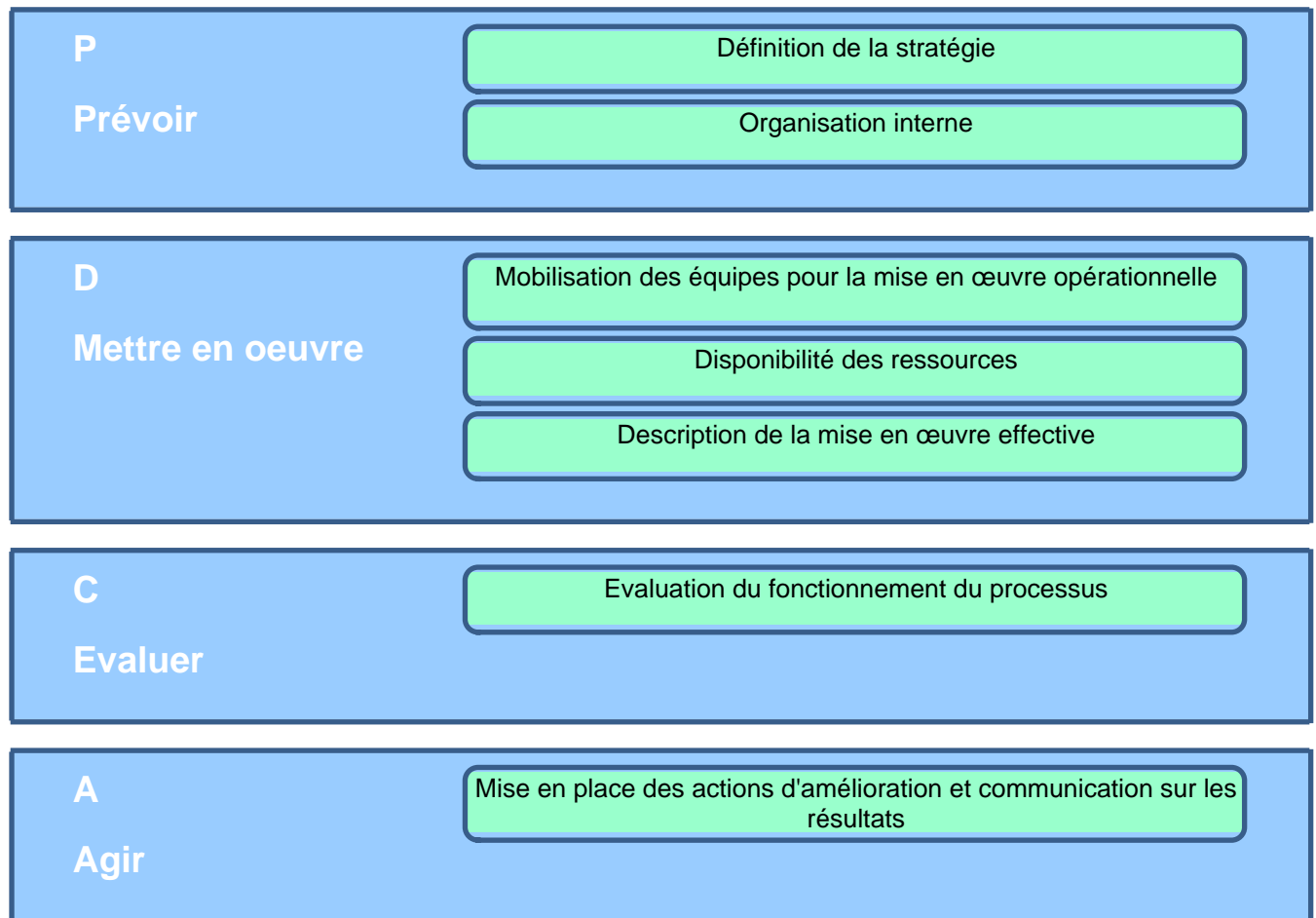
# DROITS DES PATIENTS

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Une politique "bienveillance" est construite autour des réflexions des personnels, dans le cadre d'un groupe de travail spécifique. Cette organisation permet d'identifier les besoins à inclure dans une politique de respect des droits des patients. L'établissement a également prévu une enquête "bienveillance" en s'appuyant et en adaptant le questionnaire HAS-FORAP "regards croisés sur la bienveillance". Une stratégie est mise en place par l'établissement en vue de définir ses objectifs et ses priorités pour assurer le respect des droits des patients. Ces dispositions permettent de construire un programme institutionnel. Ce programme définit la stratégie de l'établissement. Des priorités ont ainsi été définies par le groupe "bienveillance". La réflexion issue du compte qualité a aussi permis de prioriser et définir des objectifs institutionnels sur une base plus générale. Le programme est validé au sein du programme qualité de l'établissement par les instances (Codir, CME, CRUQPEC) et du plan de formation.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation qui repose sur plusieurs groupes de travail. Le groupe "bienveillance" est réuni régulièrement. Ce groupe comporte des membres de chaque service de soins ayant différentes fonctions. Il est piloté par la responsable des soins du CH. Le groupe de travail assure la participation des différents professionnels soignants impliqués dans ces démarches et donc un suivi coordonné des pratiques. Le groupe qualité "droit des patients" est constitué autour de la responsable assurance qualité avec comme membres particuliers la responsable des soins et un cadre de santé. Un groupe qualité spécifique, dans la cadre de la gestion de ce processus, est amené à identifier les risques et à proposer les actions correspondantes, en association avec la CRUQPEC. Il propose des actions de formation dans des domaines divers relatifs au droit des patients (bienveillance, dignité, intimité, ...). Le recueil du niveau de satisfaction des patients par service est organisé. Les missions et le rôle de ces groupes sont définis. Les groupes concernés ont un caractère pluridisciplinaire permettant d'associer aux soignants le corps médical, la qualité et la direction (directrice adjointe). La CRUQPEC est définie, sa composition est réglementaire, elle se réunit quatre fois par an. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRUQPEC est organisée. Le système de gestion documentaire est organisé pour permettre l'accès des professionnels à la gestion documentaire en place. L'organisation en place permet d'assurer le recueil et la traçabilité du consentement éclairé du patient. Des formulaires adaptés aux différentes situations sont diffusés dans le dossier patient informatisé. Néanmoins, les modalités de signalement en cas de maltraitance ne font pas l'objet d'un dispositif organisé fonctionnel. Il n'existe pas de modalités à disposition des professionnels pour signaler les risques ou les cas de maltraitance. La gestion des interfaces est organisée entre les services administratifs, logistiques et soignants.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mise en œuvre de la politique de bienveillance est assurée de façon opérationnelle grâce à la diffusion des questions et propositions d'actions dans l'ensemble des services de l'établissement. La mobilisation des équipes est assurée par le groupe qualité bienveillance et les formations engagées. Les responsables s'assurent de la conformité des bonnes pratiques. Des actions correctrices sont identifiées en cas de dysfonctionnement ou selon les résultats des indicateurs suivis. Le relai dans les services est assuré grâce au journal d'information du CH et grâce à la participation d'un professionnel par service au groupe bienveillance. Toutefois, les professionnels ne se sont pas appropriés tous les modalités d'information en cas de dommage lié aux soins. En effet, la signalisation d'un dommage lié aux soins et l'annonce de celui-ci n'est pas assimilée par les acteurs malgré l'existence d'une procédure. L'information du patient en cas de dommage lié aux soins n'est donc pas systématiquement assurée.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Des actions visant la prévention de maltraitance sont en place : formations, questionnaire à l'attention des professionnels à propos de la maltraitance, actions spécifiques à l'établissement à propos de la prise en vue d'une prise en charge bien traitante des repas, vidéo diffusée dans les services sur les bonnes attitudes lors des repas, pour l'exécution des soins en chambre double. L'accueil de l'entourage est prévu de façon adaptée aux situations : salon de familles pour le SSR et les soins palliatifs, chambre pour les familles de patients en soins palliatifs.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les bonnes pratiques de prise en charge des patients dans ses différents aspects. Ainsi, l'information des patients sur leurs droits et le rôle de la CRUQPEC figurent au livret d'accueil qui est remis aux patients dans le service. Le respect de la dignité du patient en chambre double fait l'objet de précautions particulières connues dans les unités et de formation en particulier par l'intermédiaire de "vidéos" disponibles dans les services, grâce aux dispositions prises pour affecter les patients de façon adaptée. . Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques exercées permettent de garantir le respect des libertés individuelles. La participation du patient et de ses proches est recherchée, en particulier dans le cadre de la mise en place du projet personnalisé de soins. Le traçabilité de la personne de confiance est réalisée. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est mis en œuvre. Toutefois, le respect de la confidentialité des informations figurant n'est pas assuré en permanence. En effet, dans les unités, le DPI n'est pas fermé après chaque utilisation.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage. Ainsi, l'évaluation du processus repose en particulier sur le questionnaire diffusé en cours d'année 2015 (questionnaire sur le risque de maltraitance) et sur l'analyse des risques effectuée pour la réalisation du compte qualité, ce qui permet d'assurer un suivi d'indicateurs de satisfaction et sur des items spécifiques. Les évaluations de la satisfaction des patients sont assurées par service. Les thèmes abordés sont adaptés aux différents services.

### A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont en place dans les domaines identifiés. Elles sont intégrées et articulées avec le PACQSS institutionnel. Les actions identifiées sont listées dans le plan d'amélioration de la qualité qui est diffusé aux différentes instances de l'établissement. CRUQPEC suit les actions menées avec une évaluation annuelle (bilan CRUQPC). La communication des résultats et des actions est assurée en interne par Info l'Ire et aux instances dont la CRUQPEC et la CSIRMT, de même qu'en externe, notamment avec les usagers qui sont impliqués.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

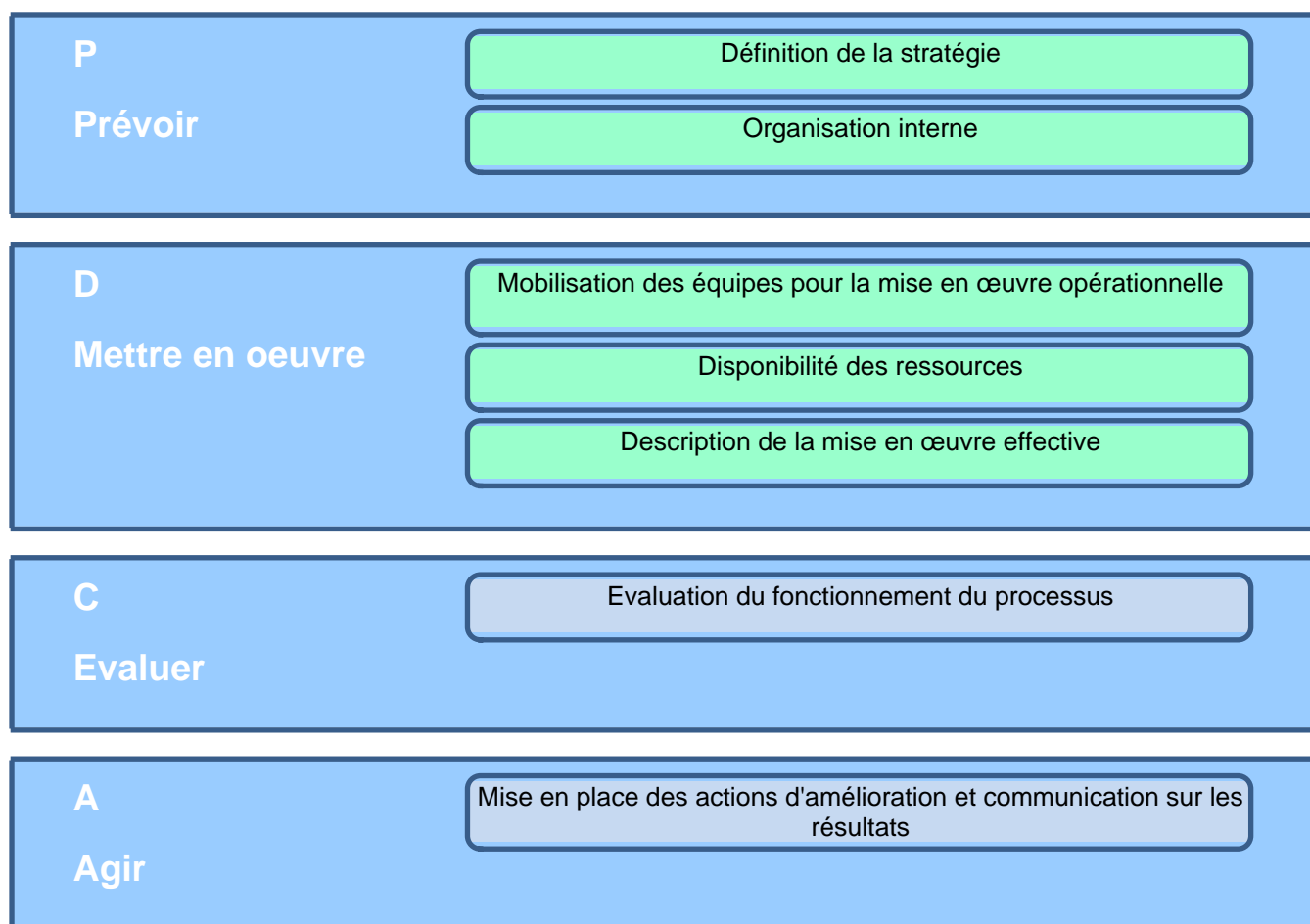
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe pour le parcours du patient une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres au centre hospitalier de Château-du-Loir, prenant en compte les besoins de la population définis dans le schéma de planification sanitaire régional et le futur projet médical de territoire. Cette stratégie est reprise dans le projet stratégique, validée par les instances concernées et fixe des axes prioritaires : HAD, consultations spécialisées, consolidation du secteur des urgences, définition des lits des secteurs SSR et médecine. Des objectifs d'amélioration issus d'une analyse des risques du compte qualité sont identifiés. Le centre hospitalier se structure autour du volet relatif au parcours du patient autour de l'organisation et de l'amélioration des prises en charge en visant également une ouverture sur la ville. Il l'a intégré dans le programme qualité pluri annuel 2012-2017 qui est décliné avec des plans d'actions formalisés et priorisés.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a prévu une organisation interne assurant l'adéquation des ressources et des compétences aux besoins des prises en charge et des activités qu'il délivre. Au regard des missions et des risques identifiés, il organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé au regard de ses axes prioritaires. Les formations prévues au plan sont en adéquation avec les orientations stratégiques du parcours du patient (gestes d'urgences, risque suicidaire, accouchement inopiné, contention, douleurs, dénutrition...). Les formations portent sur les thématiques prioritaires retenues par l'établissement suite aux travaux du groupe bienveillance et du groupe thématique qualité. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est organisé et des améliorations font suites aux recommandations V2010 en SSR et USLD. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée, en particulier pour les enfants et dans le cadre de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé pour les personnes les plus démunies. Des règles de présence et un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24H/24H sont définies. La prise en charge en santé mentale est structurée dans le territoire de la Sarthe. Elle intègre le volet somatique. Le risque de fugue et le risque de chute en gériatrie sont identifiés. Toutefois, le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire n'est pas prévu. Il existe des documents de liaison pour garantir la continuité des soins. La gestion des interfaces et des circuits est ainsi organisé formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activités.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs et des plans d'actions sont opérationnels dans chaque secteur selon leurs besoins propres, en en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres de santé sont garants de la mise en œuvre avec le responsable médical de structure. Ils sensibilisent les équipes paramédicales et médicales. Dans chaque secteur, la prise en charge est pluri professionnelle et multidisciplinaire. Elles reposent sur des staffs hebdomadaires, ce qui permet la mise en place de projets de soins personnalisés et concertés, ainsi qu'une articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge, en particulier en SSR. Les projets de soins sont réévalués lors de ces staffs. Des actions correctrices sont identifiées en cas de besoin.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources et notamment des compétences (quantitatives et qualitatives) aux besoins des prises en charge. La mobilité des IDE et des AS est favorisée sur le principe d'une mise en place de mutualisation des compétences. L'organisation de la permanence des soins est en place 24H/24H. Des tableaux de présence sont effectifs dans chaque service rencontré. Les règles de présence, les gardes et astreintes sont effectives et connues des professionnels. Les ressources en matériel et équipements sont disponibles. La documentation est accessible auprès des professionnels en format papier et en format informatique via la plateforme de gestion documentaire. Les professionnels sont formés selon les besoins déterminés dans le plan de formation, notamment sur la formation aux gestes d'urgences, la prise en charge de la douleur, des troubles nutritionnels... Un accent est porté sur la prise en charge du risque suicidaire. Il est également prévu un DIU douleur pour un soignant.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activités connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes de présentant pour une urgence. La prise en charge du patient est établie sur la base d'une 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 la prise en charge. Le projet personnalisé est établi en concertation entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux avec l'accord du patient. Il est réévalué et la traçabilité de cette réévaluation est réalisée dans le DPI. La prise en charge nutritionnelle est effective. Le recueil du poids, de la taille et de l'IMC est réalisé dès l'admission du patient. Le dépistage des troubles nutritionnels et son suivi est en place. La prise en charge diététicienne est tracée dans le dossier patient. L'organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique du patient est en place : identification des besoins, formation, coordination extra hospitalière...). Il existe un programme spécifique AVK. Un pharmacien et une diététicienne sont formées spécifiquement à l'éducation thérapeutique. La prise en charge de l'urgence vitale est assurée. L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est prise en compte. Une fiche de liaison est en place lors des transferts des patients sur un autre établissement, ou du service de médecine vers les secteurs SSR et USLD. L'organisation de la sortie est en place, en collaboration avec l'assistante sociale et le cadre de santé du service, en lien avec le médecin. Celle-ci est anticipée le plus possible, ce qui permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Les demandes d'examens d'analyse biologique, en HAD, les bons informatiques sont édités sans renseignements cliniques. La traçabilité des intervenants au domicile du patient dans le dossier est effective. Toutefois, la traçabilité des données structurantes du parcours du patient ne sont pas toujours retrouvée. En effet, la traçabilité de la vérification de l'identité avant un acte n'est pas réalisée. Entre l'UHCD et la médecine, la traçabilité des actes permettant d'assurer la continuité des soins et de la prise en charge n'est pas effective, comme il est constaté lors du patient traceur de médecine. La traçabilité de l'information donnée au patient est inconstante. L'information de la relation bénéfice risque n'est pas systématiquement tracée dans le dossier patient. Les règles relatives au circuit d'acheminement des prélèvements ne sont pas mises en œuvre. En effet, le contenant permettant l'acheminement des tubes entre le domicile et le dépôt du laboratoire n'est pas validé par le laboratoire, et ce malgré l'existence d'une procédure.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions sur la base d'outils identifiés, sur la thématique du parcours du patient. Des audits patient traceur ont été réalisés. Les indicateurs Hôpital Numérique sont en place. Les indicateurs nationaux IPAQSS sont suivis. Le suivi des indicateurs permet d'identifier des actions correctives. Des actions d'amélioration sont mises en place en tenant compte des indicateurs IPAQSS.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées dans le programme qualité pluri annuel 2012-2017. La stratégie du parcours patient est réajustée en fonction des résultats obtenus et de l'analyse de nouveaux risques, le cas échéant. La progression de la démarche d'amélioration et de gestion des risques du parcours patient, les résultats des évaluations, les actions conduites et les réajustements décidés sont communiqués aux professionnels au sein des services (réunions de service, affichage...) et de l'établissement (instances, Info L'Ire, site intranet), ainsi qu'en externe (site internet, usagers...).



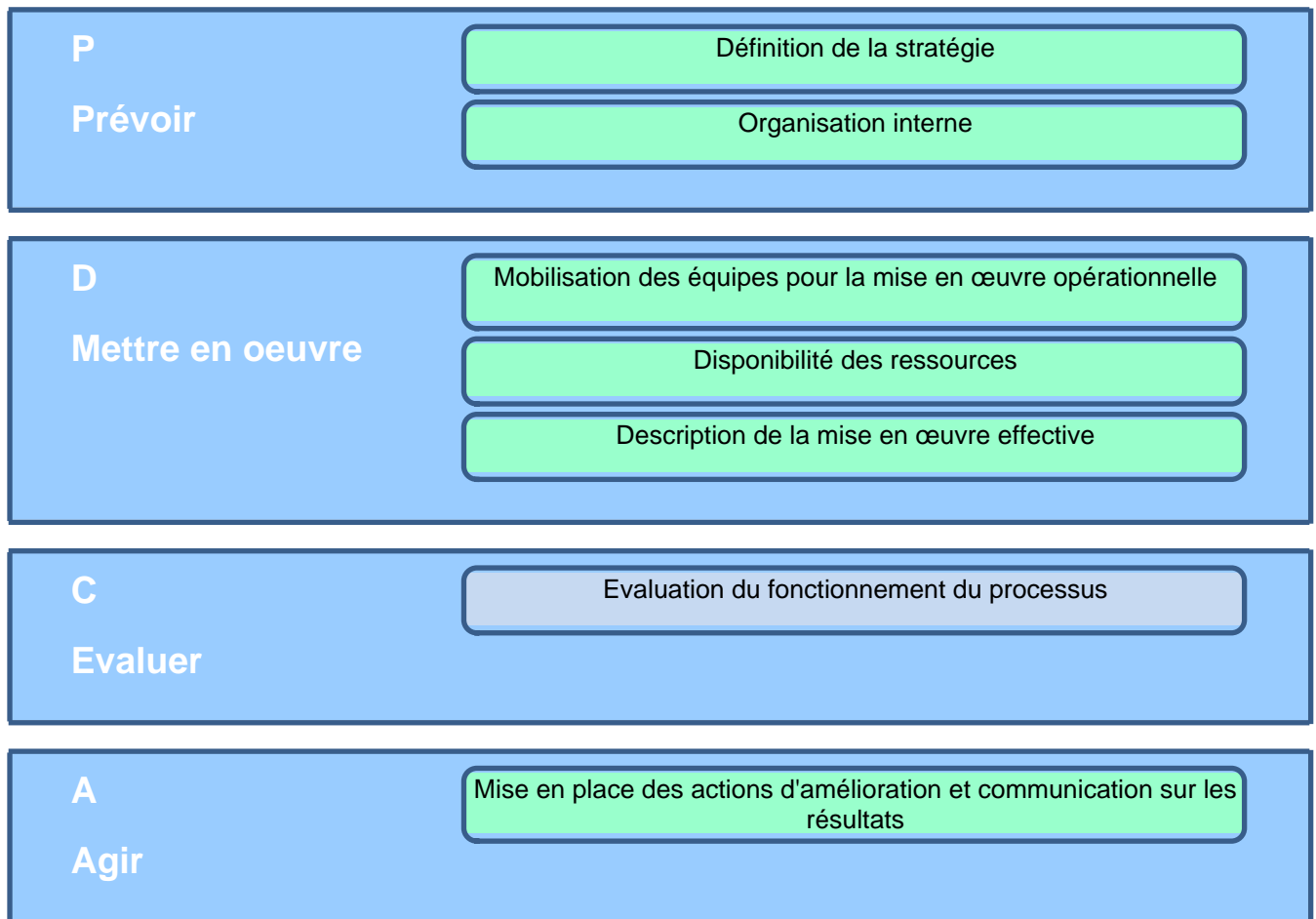
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La gestion du dossier patient fait l'objet d'une stratégie basée sur les constats issus de l'analyse des risques. On note en particulier un CREX ayant permis de mettre en place des dispositions nouvelles, l'analyse réalisée pour l'élaboration du compte qualité et l'identification des besoins dans le cadre de l'auto diagnostic de la politique d'amélioration de la qualité du CH. Les objectifs sont identifiés dans un programme d'action qui figure au plan d'amélioration continu de la qualité des soins. La stratégie est validée par la Commission Médicale d'Établissement, (exemple: stratégie de paramétrage et définition des modèles de compte-rendu en janvier 2015). Elle est déclinée dans le programme d'action qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Un organisation est définie pour assurer la gestion du dossier patient (DP) et atteindre les objectifs fixés. Un pilote de processus est désigné et les personnes ressources en charge du développement et de la sécurisation du dossier patient sont identifiées dans le cadre du groupe de travail "dossier patient". Des référents sont en charge dans les services de soins de diffuser les connaissances à propos de la mise en œuvre du dossier patient. Ils sont réunis régulièrement. Ils sont en charge d'assurer l'aide nécessaire aux nouveaux arrivants. Toutefois, le dispositif de pilotage n'est pas totalement opérationnel. En effet, le pilotage de la démarche d'amélioration est concentré sur des problématiques informatiques techniques sans étendre aux besoins des professionnels. Les formations au dossier patient informatisé mis en place en début d'année 2015 ont été effectuées de janvier à mars 2015. Les référents ont bénéficié d'une formation renforcée. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et permettant d'en assurer la transmission est en place avec un référent médical désigné et des responsables de la transmission des documents désignés. Le livret d'accueil remis aux patients par le personnel soignant à l'entrée dans le service précise les conditions d'accès au dossier médical. Les règles de gestion du dossier relatives à son archivage sont définies, de même que les responsabilités et son accès en temps utile sont déterminés. Les règles de transmission du compte rendu d'hospitalisation aux correspondants externes ont été définies. Le dossier patient comporte une composante informatique et une composante papier (deux supports). Toutefois, les règles de gestion du dossier ne sont pas définies. En effet, seul un document relatif aux modalités de gestion du DPI créé par le fournisseur du système informatique est prévu. Il n'existe pas de règles propres adaptées à l'établissement. Il n'existe pas de règle de traçabilité et d'articulation entre la partie papier et informatique du dossier.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les professionnels sont sensibilisés à la qualité de la gestion du dossier patient par l'intermédiaire des référents dans les services qui ont pour rôle de transmettre les questions posées à l'équipe informatique, elle-même en charge de transmettre les questions posées à l'éditeur informatique. Cette disposition permet une évaluation régulière du DP informatique. Les professionnels sont informés dans le cadre de la politique qualité, des instances (CME en particulier traitant de façon effective cette question) et par les référents des services qui sont régulièrement informés par des réunions organisées par les services informatiques.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement a mis en œuvre les ressources nécessaires en vue de gérer les informations patients : moyens informatiques tant en personnel qu'en moyens matériels dans les services et au service informatique, moyens matériels afin de disposer dans de bonnes conditions des informations ne pouvant pas être scannées et donc restant en format "papier". Les ressources documentaires existantes sont disponibles dans de bonnes conditions (protocole pour la gestion des documents restant sous forme "papier" et documentation concernant le logiciel à disposition). En tant que de besoin, le service informatique complète l'information des professionnels et des référents sont en place dans les unités de soins. Les formations nécessaires sont en place avec en particulier des formations aux nouveaux arrivants sur dossier fictif et des formations par modules effectuées par les référents des services auprès des utilisateurs.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les informations relatives aux patients dans le dossier patient permettent d'assurer la qualité et la continuité des soins. Ainsi, l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge utilisent en temps réel le dossier patient informatisé. La traçabilité des éléments constitutifs aux étapes de la prise en charge du patient est effective. Les informations, en particulier celles relatives à la personne de confiance

et aux directives anticipées lorsqu'elles existent, sont intégrées au dossier et permettent de disposer de façon continue et sécurisée à ces informations. Les résultats des examens de biologie médicale figurent sans délais au dossier patient grâce au lien informatique entre l'établissement et le CH du Mans qui assure la prestation de biologie médicale. Les correspondants externes sont informés dans des délais conformes aux attentes : le dernier score IPAQSS relevé est supérieur à l'objectif national pour l'ensemble des prises en charge sauf en HAD. L'établissement respecte les délais de transmission des dossiers médicaux aux patients et familles qui en font la demande.

## **C / EVALUER**

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

La qualité du dossier patient est évalué dans le cadre des évaluations IPAQSS qui donnent lieu à information des instances. L'évaluation de la gestion du dossier est également réalisée dans le cadre du suivi du déploiement du DP informatisé, en lien avec la politique qualité gestion des risques. Il a aussi été réalisé en début d'année 2015 un auto-diagnostic qualité pour ce processus comme pour tous les autres processus du CH. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont évalués et suivis au moyen d'un indicateur défini. La CRUQPEC en est informée régulièrement. Un CREX a été effectué en 2015 suite à une panne informatique. Les actions d'amélioration prévues suite aux évaluations, et en cohérence avec les résultats obtenus, sont mises en œuvre dans le cadre de la politique de déploiement du DP informatisé (évolution régulière du dispositif), et également dans le cadre des actions envisagées avec la CRUQPEC (exemple : conditions de parking au sein de l'établissement). Le délai d'envoi des dossiers a ainsi été amélioré en 2015 suite aux résultats insuffisants constatés en 2014 (14 jours, supérieur aux recommandations de bonne pratique) et la CRUQPEC a été informée de ces différents éléments.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

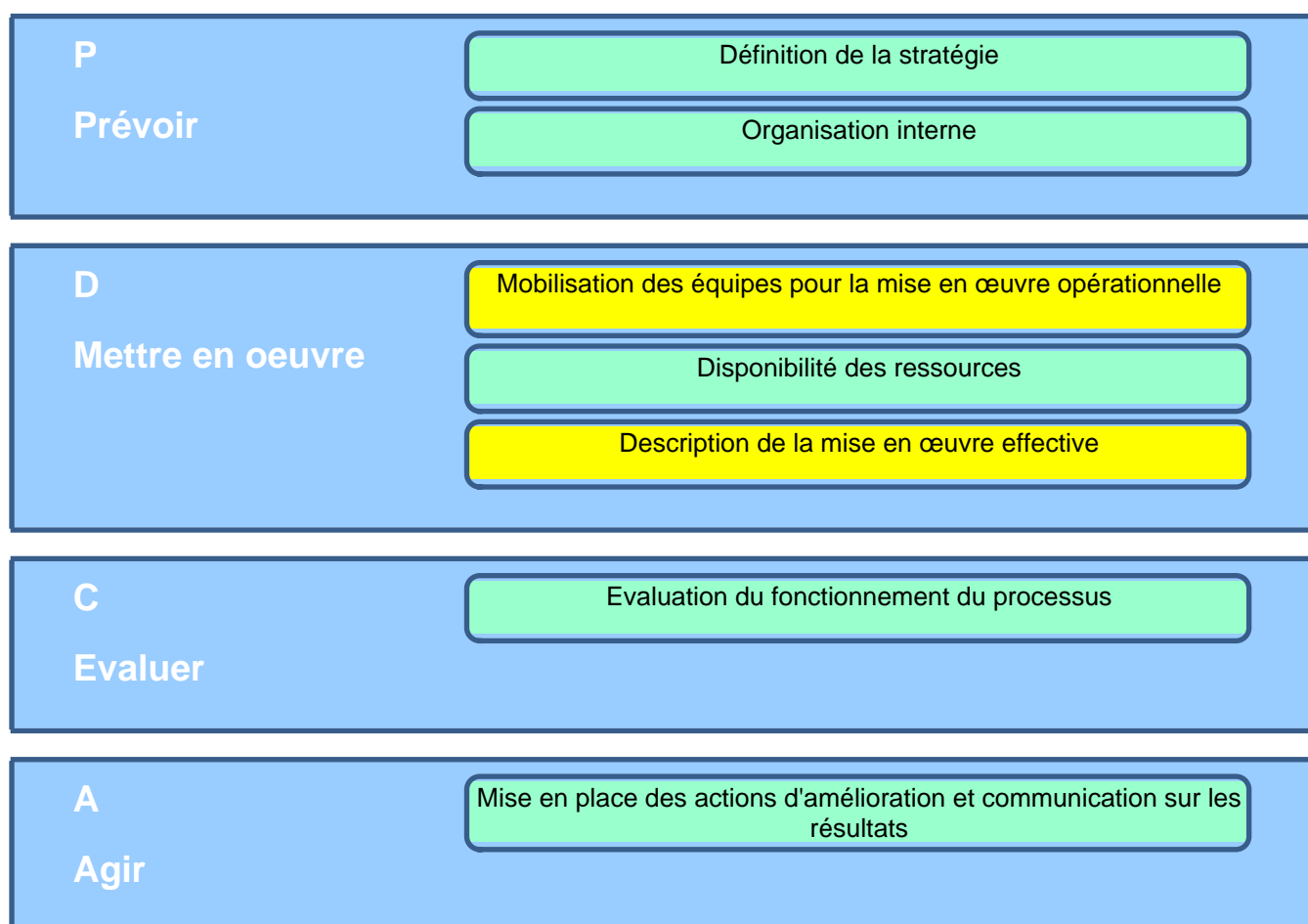
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a priorisé la prise en charge médicamenteuse dans ses stratégies. Son positionnement pour le management de la prise en charge médicamenteuse est axé autour de l'informatisation du circuit, sur la base d'une identification du contexte, des missions ainsi que de l'analyse des risques, reposant sur une cartographie des risques et le compte qualité. Le projet d'établissement 2012-2017 et le CBUM inscrivent la finalisation de la prescription informatisée comme un objectif majeur. La politique qualité et gestion des risques formalisée en décembre 2015 cite à travers son action n°4 "garantir la maîtrise des circuits" et intègre le circuit du médicament dans son champs d'action. L'établissement s'est impliqué dans l'informatisation du circuit du médicament. Il existe une réflexion sur la prise en charge médicamenteuse de la personne âgées. La cartographie du risque médicamenteux a identifié des plan d'actions et les a priorisé dans un programme d'actions. L'observation du programme d'actions met en exergue une identification des risques liés à l'informatisation sur le circuit du médicament, la mise en place d'une politique du médicament chez la personne âgée, la relance d'une EPP sur l'évaluation des prescriptions chez la personne âgée, etc. Les usagers sont impliqués et participent aux instances.

#### ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités des acteurs sont identifiés dans des fiches de poste. Suite à la démission d'un pharmacien de la mission de responsable du Système de Management de la Qualité et de la Prise en charge médicamenteuse du patient, un autre responsable a été désigné en la personne du responsable qualité. Ce responsable pilote le processus en lien avec le président de CME. Le COMEDIMS et le Comité de coordination des Risques d'Erreurs Médicamenteuses. (CREM) doivent prochainement être réactivés, après une période de veille. Les règles et supports de prescriptions validées pour l'ensemble des prescripteurs sont définis. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont mis à disposition des professionnels. Les pharmaciens proposent des équivalences pour les traitements hors livret thérapeutique. Les prescripteurs et pharmaciens accèdent à des outils en ligne d'aide à la prescription. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini. L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est effective. La prescription informatisée et la validation pharmaceutique est complètement déployée et opérationnelle. Les modalités d'organisation assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies et opérationnelles. Il existe un suivi des lots de médicaments dispensée par la pharmacie. La dispensation est nominative pour l'HAD et l'USLD. L'intégralité des prescription sont informatisée et bénéficie d'une validation pharmaceutique. Des recommandations de pratiques sont accessibles pour les soignants et certaines sont mise en pratiques quotidiennement. L'organisation de la permanence pharmaceutique est assurée par des astreintes. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient, incluant le traitement personnel, est prévue. Pour l'assurer, les pharmaciens ont accès aux données cliniques et aux données biologiques dans le dossier patient informatisé. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est organisée. Il existe ainsi une procédure du gestion du traitement personnel, en place et effective. Lorsque le patient se présente avec ses traitements personnels, l'infirmier explique au patient que ses médicaments sont stockés dans le service et lui seront rendus à la sortie. Des EPP ont été réalisées sur cette thématique ou sont en cours de déploiement. La concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité est effective.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

En l'absence de plan d'action institutionnel, il n'existe pas de déclinaison d'action spécifique au niveau de secteur. En effet, l'établissement n'a pas construit de plan d'action prévoyant des actions spécifiques au secteur au regard de leur spécificité, des risques propres, etc. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Ils en informent les professionnels. Des actions correctrices peuvent être identifiés en cas de besoins, principalement des dysfonctionnements. Toutefois, les professionnels ne se sont pas appropriés le dispositif de déclaration des évènements indésirables. En effet, la déclaration d'évènements indésirables en lien avec des erreurs médicamenteuses n'est pas systématique dans les services. Lors des rencontres de terrain, les différentes catégories professionnelles attestent d'une habitudes de signalement orale sans formalisation des dysfonctionnements rencontré. Sur l'année 2015, il n'y a pas eut de réunion de retour d'expérience concernant la thématique du circuit du médicament.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences humaines (effectifs, formation) sont en place. L'accès au droit à la



prescription est effectif. La liste des prescripteurs habilités est définie et mise à jour. La gestion documentaire des modalités du circuit du médicament fait partie des documents gérés par le service qualité en lien avec la pharmacie. Les professionnels connaissent les procédures et les outils d'aide à la prescription et à l'administration. Des actions de formations à la prise en charge médicamenteuse sont assurées. L'établissement propose des actions de formation en interne assurée par la pharmacie qui comprend entre autre elle risque de la iatrogénie et des erreurs médicamenteuses. La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments sont mis en œuvre par DCI, conformément à la législation. L'agencement de la PUI est organisé. Les modalités de rangement dans les armoires de service sont définies. Les médicaments sont rangés en Dénomination Commune Internationale. Les médicaments hyper ou hypo-osmolaires sont signalés dans les armoires.

Le logiciel et les solutions de mobilité permettent la traçabilité de l'administration en temps réel pour les équipes d'unité d'hospitalisation de courte durée, de médecine, de soins de suite et de réadaptation, d'unité de long séjour. Les chariots qui comportent les piluliers sont sécurisés. Les chariots d'urgence et/ou les malles d'urgence comportent un clip de verrouillage, ils sont contrôlés mensuellement.

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

L'ensemble des règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, est respecté. Les règles du respect de la chaîne du froid sont connues et appliquées. La pharmacie assure les modalités de la dispensation jusqu'à la mise à disposition dans le service destinataire. Pour l'HAD une traçabilité de l'acheminement et de la mise à disposition au domicile est opérationnelle et sécurisée. La dispensation est journalière et nominative pour l'HAD, nominative de manière hebdomadaire pour l'USLD et globale pour le SSR et le service de médecine. Les caisses pour la livraison des dotations globales sont verrouillées. Le transport est assuré par les préparatrices de la pharmacie ou les infirmiers des services. La gestion des toxiques est opérationnelle. Pour les toxiques, il y a toujours une double signature pharmacie/service concernant la dispensation. Toutefois, les pratiques ne permettent pas toujours de sécuriser l'accès à la PUI. En effet, lors des horaires d'ouverture de la pharmacie, il est possible d'entrer sans contrôle : pas de code d'accès ou de fermetures systématiques des portes d'accès avec interphone ou sonnette. Lorsqu'un préparateur de la pharmacie va dans le local pour les dispositifs médicaux, qui est à l'extérieur de la PUI, la porte d'accès à la pharmacie peut rester ouverte sans surveillance. Par ailleurs, la porte d'accueil de la pharmacie aux horaires d'ouverture n'est pas fermée à clef sauf en absence du personnel. Les règles d'administration (dont la traçabilité) des médicaments sont organisée : la traçabilité est effective. Pour l'HAD, la traçabilité informatique est réalisée au retour au bureau. Une traçabilité d'administration papier au domicile est réalisée en temps réel. Toutefois, la procédure spécifique sur les bonnes pratiques et les modalités d'utilisation des outils pour écraser les médicaments n'est pas appliquée. En effet, les experts-visiteurs ont constaté que certaines IDE ne respectaient la procédure pour écraser les médicaments, plusieurs principes actifs étaient écrasés ensemble. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée. L'établissement a construit ou élaborer des outils ou des programmes pour informer sur le bon usage des médicaments notamment les Anti Vitamine K.

#### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi du processus de prise en charge du médicament. L'indicateur Hôpital Numérique correspondant au taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés est renseigné et la valeur cible est dépassée. Le taux de prescription informatisé et de validation pharmaceutique avoisine les 100%. Des indicateurs sont suivis dans le cadre du CBUM, comme le suivi des molécules onéreuses, le suivi de consommation des antibiotiques. Le rapport d'étape du CBUM en 2015 valide les résultats des indicateurs suivis. Dans le cadre des EPP, plusieurs en cours concernent le circuit du médicament. Le tableau de bord des EPP comporte 8 EPP sur la thématique du médicament la plupart avec un indicateur.

#### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnels. Le PAQSS est présenté et suivi en COPIL Qualité. La communication des résultats et des actions est assurée en interne. La pharmacie rédige régulièrement un document intitulé "Bulletin d'information sur le médicament" qui permet de transmettre les bonnes pratiques d'utilisation du médicament dans l'établissement.



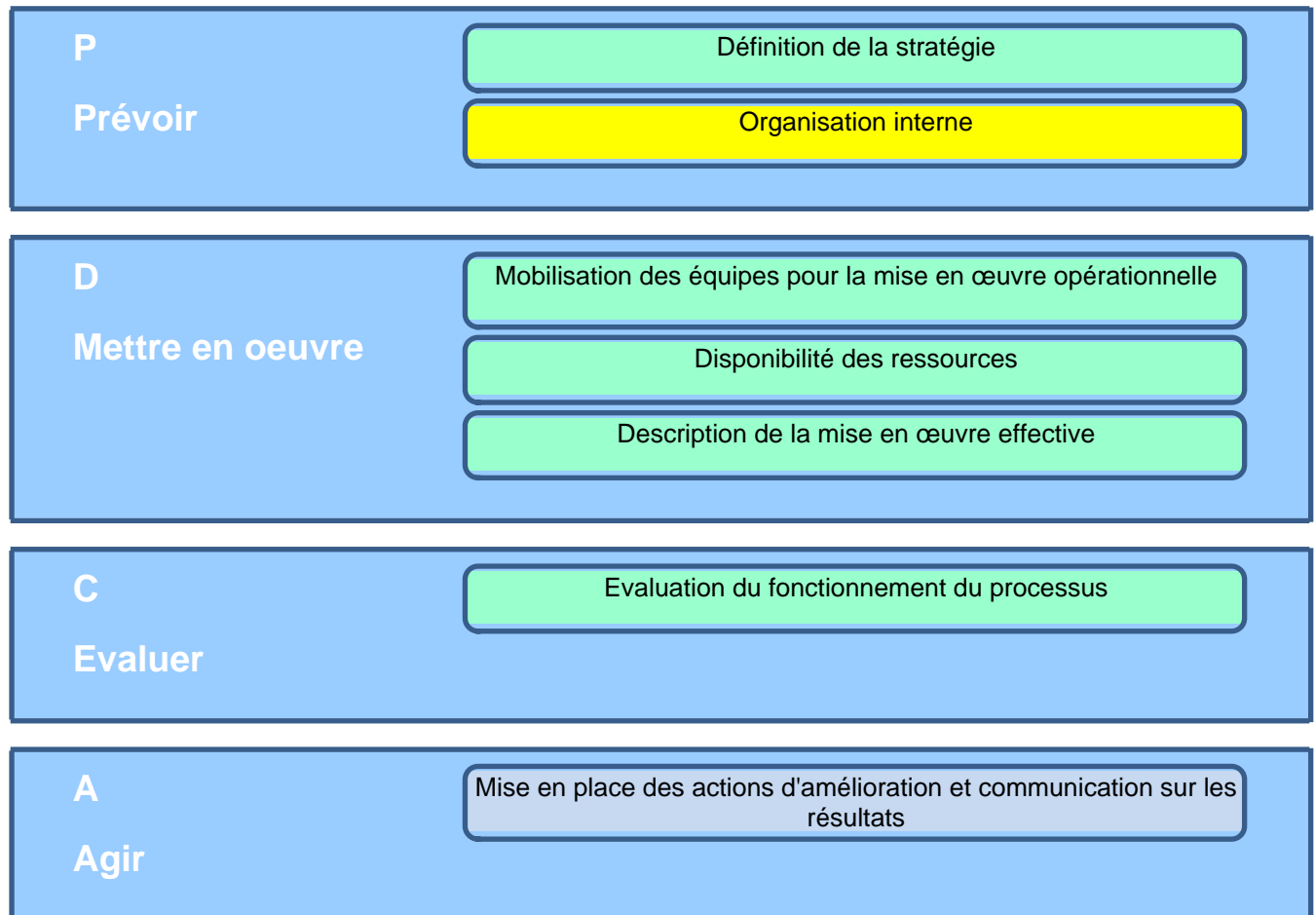
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'accueil des urgences au centre hospitalier de Château du Loir est organisé autour d'un SAU comprenant 3 boxes, une salle de déchoquage et un UHCD de 3 places.

L'établissement, dans le cadre de son projet d'établissement 2012-2017 et de son projet stratégique suite au contrat de retour à l'équilibre financier, a défini un axe stratégique relatif à l'amélioration de la prise en charge des urgences. Il vise à renforcer l'offre de proximité et permet un accueil en moyenne de 25 à 30 passages journaliers. Les principaux objectifs retenus sont la mise en place d'une cohésion et de fonctionnement du service, un travail avec les établissements périphériques pour optimiser les flux des patients, une harmonisation des protocoles de soins au sein du territoire sarthois et une amélioration de "l'image" auprès des usagers. Cette stratégie s'est appuyée sur l'analyse des besoins propres à l'établissement, un audit organisationnel et financier, sur l'analyse de risques et des résultats de l'évaluation de la satisfaction du patient aux urgences. Les risques identifiés sont déclinés dans un plan d'actions prioritaires issu du compte qualité. Elle est validée et présentée aux instances concernées, dont la CME.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas établi une organisation formalisée pour piloter le processus. En effet, l'organisation des urgences est structurée historiquement autour d'une organisation de la transmission des informations de façon orale. Ainsi, il n'existe pas de règlement intérieur permettant de fixer un cadre de fonctionnement et des modalités de prise en charge des patients, selon le degré d'urgences, d'autant plus que le recours à des médecins urgentistes est une pratique fréquente. De même, il existe un logigramme fonctionnel qui définit le mode de fonctionnement de l'infirmier d'accueil et d'orientation, mais il n'est plus applicable au vue de l'organisation actuelle. Le poste d'infirmier d'accueil et d'orientation aux urgences n'est plus identifié en tant que tel. Des fiches de poste encadrent les responsabilités des professionnels. Un médecin est identifié comme responsable de la structure avec une fiche mission fixant des objectifs précis, en rapport avec la stratégie institutionnelle. Une procédure d'accueil du patient aux urgences dans le cadre du protocole d'accueil et de sa famille lors d'une entrée non programmée est prévue. L'organisation de la prise en charge nécessitant le recours à de médecins spécialistes est prévue. Elle est connue des professionnels et au sein du territoire de santé. Ainsi, la gestion des patients dans des filières spécifiques tels que AVC, cardiologie, traumatologie, obstétrique et pédiatrie est définie dans le cadre du réseau sarthois. Des conventions sont identifiées. Une organisation est définie pour bénéficier à un recours à des médecins radiologues de ville avec deux passages par jour (avant midi et à 18 heures). Les effectifs sont définis dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier pour répondre aux besoins de prise en charge.

Une organisation faisant appel à des médecins intérimaires est un place. Pour le personnel paramédical, un travail sur les polycompétences des IDE est structuré avec des mobilités des agents entre les services d'hospitalisation et le SAU. Il est prévu des formations spécifiques de compétences pour les professionnels des urgences. Une formation aux gestes et soins d'urgences est validée sur le plan de formation 2016. Un dispositif de gestion des ressources documentaires actualisé à destination des professionnels aux urgences est organisée via une plateforme de gestion documentaire et/ou des supports papiers. La gestion des interfaces est organisée (hospitalisations, laboratoires, imagerie, linge, déchets, cellule qualité gestion des risques). Elle facilite la concertation entre les professionnels des urgences et des secteurs d'activités. La disponibilité des lits d'hospitalisation n'est pas analysée en temps réel. En effet, il n'existe pas une organisation institutionnelle permettant de connaître la disponibilité des lits et de son analyse en termes de lits occupés, lits réservés, lits sortants, lits programmés et lits disponibles. Des conventions sont en place, et en particulier au sein d'une fédération médicale inter hospitalière urgences départementales de la Sarthe. Elles permettent la mise en place de filières spécifiques pour lequel l'établissement n'est pas habilité à assurer la prise en charge : filière AVC, pédiatrie, cardiologie...

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs définis et le plan d'actions opérationnel sont établis en déclinaison de la stratégie institutionnelle et du compte qualité, en particulier pour ce qui concerne la gestion des flux. Les professionnels participent à sa déclinaison. Ils sont sensibilisés régulièrement sur les risques identifiés au SAU par l'intermédiaire du cadre de santé et du responsable de structure. Un dispositif d'information interne est en place au moyen du système informatique intranet de l'établissement et également par la note d'information interne "Info L'ire", centrée sur la démarche qualité gestion des risques. La conformité

des pratiques et l'appropriation par les professionnels sont évaluées et s'appuient sur l'information, la formation et la consultation documentaire. Si besoin, des actions correctrices sont mises en place.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences médicales et paramédicales sont en place. L'équipe permanente de médecins urgentistes n'est pas en effectif suffisant. En conséquence, le recours à des médecins intérimaires est fréquent. De même, les compétences médicales en radiologie restent fragiles malgré l'appel au secteur libéral qui assure un passage bi-journalier pour l'interprétation plus fine des examens radiologiques. Les infirmiers sont formés en totalité sur les fonctions d'infirmier d'orientation et d'accueil aux urgences. Des formations aux gestes et soins d'urgences sont en place. Un travail est réalisé par la responsable des soins sur une mutualisation des compétences associée à un dispositif sur la mobilité des paramédicaux. La documentation professionnelle est accessible sous format informatique et papier. Les ressources en matériel et équipements sont disponibles. Un tableau des présences et des mobilités de contact des différents spécialistes et correspondants sur l'ensemble du territoire est disponible. Dans les boxes à deux lits, ceux-ci sont séparés par un rideau. L'architecture des locaux ne permet pas de garantir le respect de l'intimité et de la confidentialité. En effet, la configuration des locaux comportent plusieurs spécificités qui sont de nature à nuire au respect de l'intimité et de la confidentialité, notamment le sas d'accueil et la finesse des cloisons.

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

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations identifiées pour le fonctionnement et le management internes. La permanence des soins repose sur les plannings de garde et d'astreinte pour tous les secteurs de l'établissement. Un médecin urgentiste assure une garde pour l'ensemble de l'hôpital la nuit en semaine, week-end et jours fériés. Une astreinte médicale est prévue la journée, également sur l'ensemble de l'hôpital, les samedis dimanches et jours fériés. Il existe une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les services de soins (consultations et hospitalisations directes). Un outil informatique visant à disposer d'un élément d'information concernant les disponibilités des lits est utilisé même si le dispositif d'organisation reste informel et souvent complété par des échanges téléphoniques. Les interfaces logistiques, techniques, administratives et cliniques sont effectives entre les différents secteurs. Elles sont opérationnelles autour de la prise en charge du patient. Elles sont complétées par une fiche de liaison entre le SAU et les services d'hospitalisation, aussi bien en interne qu'en externe. La formalisation avec le secteur de psychiatrie est effective, via notamment le Centre Médico Psychologique. L'intervention de l'équipe mobile psychiatrie précarité est également possible. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé est en place. Le circuit des événements indésirables est connu. La traçabilité des actes, des évaluations, de l'information donnée au patient et des vérifications n'est pas constante. La transmission des informations est historiquement réalisée de façon orale. Ainsi la traçabilité n'est pas retrouvée partout et tout le temps dans le dossier patient. Par exemple la traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas toujours écrite ou peut se retrouver à deux endroits différents. De même, l'information donnée au patient n'est pas enregistrée dans le dossier.

### **C / EVALUER**

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

L'évaluation du processus de la prise en charge du patient aux urgences est engagé. L'établissement réalise une mise en œuvre et un suivi d'indicateurs quantitatifs spécifiques (activités, ATU, etc.). Des indicateurs qualitatifs sont produits : analyse des situations de violence, questionnaire de satisfaction... Les résultats sont analysés et communiqués aux professionnels lors du Comité de Direction annuel. Deux à trois fois par an sont organisées des réunions de service qui donnent un espace de communication et d'échanges. Un bilan annuel d'activités est réalisé.

### **A / AGIR**

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

Le suivi des actions d'amélioration relatives aux risques et aux dysfonctionnements identifiés conduits à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et les évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Un audit patient traceur a été réalisé le 7 janvier 2016. La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels au sein des services (réunions de service, affichage...) et de l'établissement (instances, Info L'ire, site intranet), ainsi qu'en externe (site internet, usagers...).



# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

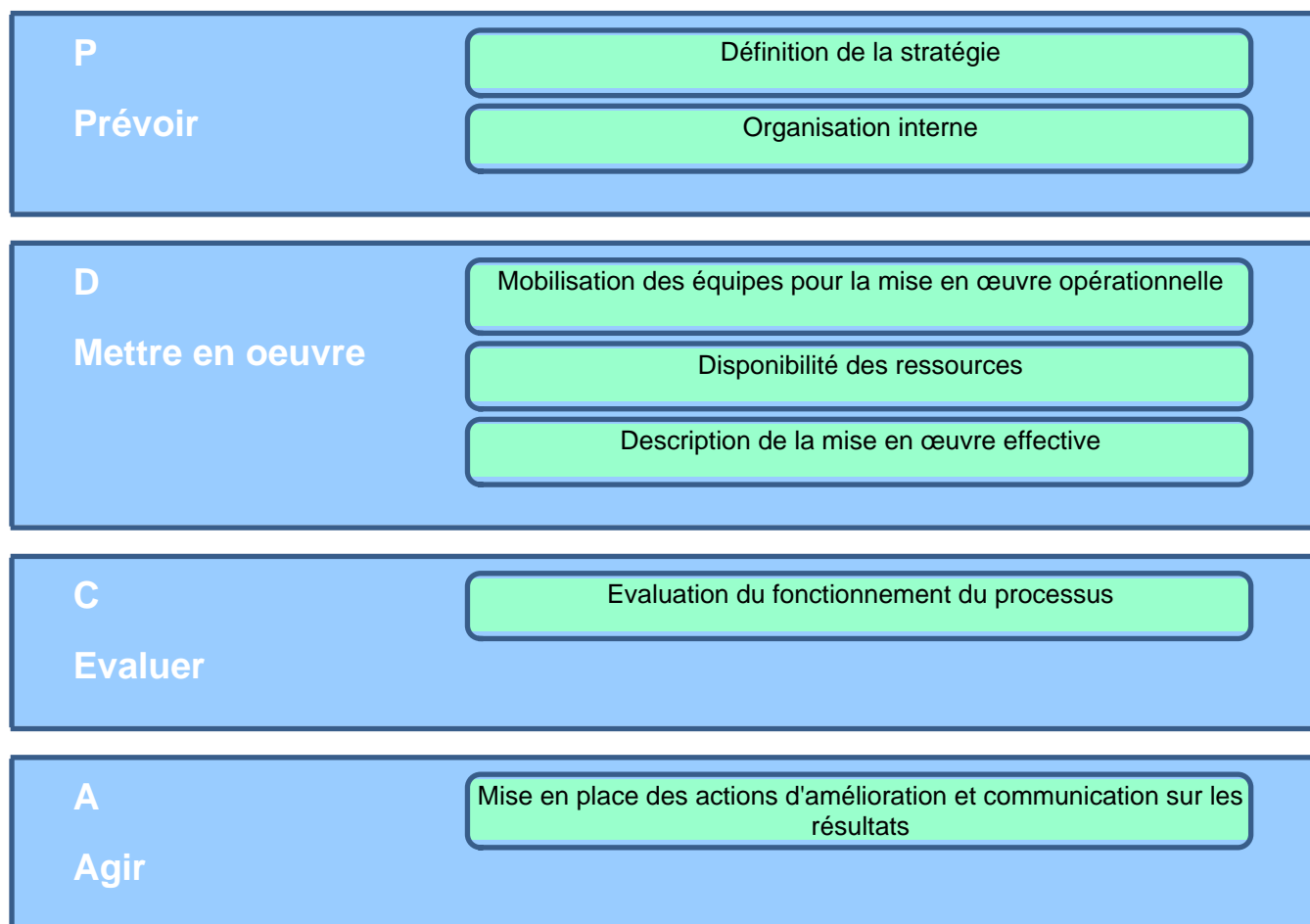
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique







**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les besoins pour équiper les patients lors de leurs hospitalisations à domicile sont identifiés en particulier dans le cadre de la préparation du marché d'approvisionnement de l'HAD. L'analyse des besoins est réalisée à partir de l'étude des dysfonctionnements possibles qui sont répertoriés au compte qualité. Elle tient compte des possibilités de modification des besoins des patients, de la nécessité de devoir intervenir 24 heures sur 24 et des cas de pannes possibles. L'analyse des risques a été réalisée lors de l'élaboration du compte qualité. Cette analyse a permis de définir des risques tels que la désorganisation des prestations ou la mauvaise utilisation du matériel. Ces risques ont été hiérarchisés et priorisés. Une stratégie a été ainsi mise en place au vu de l'analyse des besoins et de l'analyse des risques. Ainsi les modalités de gestion (rôle des différents intervenants du Centre hospitalier : cadre HAD, services économiques, missions confiées au prestataire extérieur en charge de fournir les matériels) sont définies de façon institutionnelle. Des objectifs d'amélioration sont mis en place en fonction des nouveaux constats en particulier ceux effectués au compte qualité. Ils sont déclinés dans un plan d'action formalisé, priorisé et intégré au PACQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation de la fourniture des équipements au domicile du patient permettant une mise à disposition en temps utile. Elle est assurée grâce à un pilote désigné (cadre HAD) qui s'appuie sur un groupe de travail composé des différents professionnels engagés dans la thématique. Ce groupe est identifié et connu dans l'établissement. Les responsabilités des différents intervenants sont fixées: cahier des charges du prestataire, fiches de missions des personnels du CH (cadre HAD, chauffeurs, préparateur en pharmacie), modalités de réalisation des missions tel que le transport des caisses de produits pharmaceutiques,...). Les modalités permettant d'assurer les approvisionnements en urgences en cas de panne ou dysfonctionnement sont déterminées. Ainsi, des stocks spécifiques dans les locaux de l'HAD et des modalités de transport particulières sont prévues dans ces cas. La rupture d'alimentation électrique est prévue. La gestion des interfaces et des circuits est organisée. Ainsi, les moyens nécessaires à l'exécution de la prestation sont prévus:

- Moyens de transport (véhicules et matériels tels que caisses de stockage sécurisées, cadenas, matériels pour les DASRI,...)
- Locaux de stockage
- Stocks tampons afin d'assurer une bonne réactivité en cas d'urgence
- Procédures en cas d'urgence de livraison tant en interne qu'en externe.
- Convention avec le prestataire de matériel fixant des exigences de permanence 24/24 et de délai (deux heures),...

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

Les équipes en charge du processus sont clairement désignées (Equipe HAD, chauffeurs, préparateur en pharmacie, services économiques, prestataire fournissant le matériel bio-médical,...). Ainsi, les objectifs et les plans d'actions opérationnels propres à la HAD sont établis en lien avec le PACQSS institutionnel. Elles disposent des moyens adaptés à la connaissance de leurs missions (fiches de postes chauffeur, descriptif des tournées, récapitulation des livraisons effectuées, modalités de mise en conteneurs, logigramme définissant les étapes de prise en charge des produits,...). Les conformités des pratiques sont évaluées en lien avec les dispositions prévues. Ainsi, le prestataire externe exécute ses missions dans le respect du cahier des charges définissant des obligations de permanence 24 heures sur 24, et avec un délai d'intervention de deux heures en cas de besoin. Les professionnels sont informés des résultats et, si nécessaire ou si dysfonctionnement, des actions correctrices sont identifiées.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre des équipements au domicile du patient sont en place :

- Effectifs formés à cette prestation particulière : chauffeur, préparateur spécifique en pharmacie pour les médicaments et les dispositifs médicaux,
- Matériel (Véhicules, locaux identifiés pour l'HAD en pharmacie, locaux pour les stocks en HAD avec une attention particulière pour les stocks tampons permettant l'approvisionnement en urgence des médicaments, fournitures et petit équipement, caisses de transport des médicaments)
- Documentation (accessible et actualisée) spécifique à cette activité.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement de l'HAD permettant un fonctionnement opérationnel. Les ressources nécessaires sont en place (moyens humains, matériels et documentaires). Le signalement des patients auprès d'ERDF en cas de panne électrique est effectif via l'ARS qui peut organiser des dispositions palliatives en anticipation si besoin. Les équipements sont ainsi mis en œuvre au domicile en temps utile avec une organisation permettant de l'approvisionnement en urgence et en cas de panne ou de dysfonctionnement. Les secteurs collaborent entre eux pour assurer cette prestation :

- Service économique en lien avec le prestataire du matériel
- Cadre HAD pour coordonner la mission
- Équipe transports.

La traçabilité est assurée et, en premier lieu, la traçabilité des livraisons des produits au domicile.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de ce processus particulier est assurée régulièrement grâce à des items spécifiques, tant qualitatifs que quantitatifs, figurant au questionnaire de satisfaction patient spécifique à l'HAD : évaluation du prestataire extérieur pour les moyens matériels engagés et les conditions de transport, évaluation de la livraison interne, évaluation de la satisfaction du patient selon des critères spécifiques à l'HAD dont l'accessibilité téléphonique de l'HAD, coordination des intervenants, ponctualité, organisation de la sortie. Ces items génèrent des indicateurs de suivis. Un bilan d'activités est en place.

### A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en fonction des résultats obtenus. On peut ainsi citer:

- L'amélioration du stockage tampon réalisé en 2015 afin d'améliorer la réactivité de la fourniture en urgence,
- La mise en place d'une procédure précise de livraison en urgence définissant le rôle de l'infirmier.

Les résultats des actions menées sont suivis grâce à l'analyse des questionnaires de satisfaction en CRUQPEC et lors du pilotage du processus dans le cadre du groupe de travail correspondant et impliquant les professionnels du service HAD, leurs prestataires internes et externes ainsi que la direction, en lien avec le fournisseur des équipements. La communication des résultats et des actions est réalisée en interne comme en externe. Elle implique aussi bien les professionnels, que les professionnels libéraux et les usagers.