



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE  
NON CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
ANNE DE TICHEVILLE**

**5, Rue Anne de Ticheville  
27303 Bernay**

**OCTOBRE 2017**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	29
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	56

# 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 ANNE DE TICHEVILLE	
Adresse	5 rue a. de ticheville 27303 Bernay
Département / région	EURE / NORMANDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	270026008	GCS POLE CHIRURGICALE RISLE-CHARENTONNE	5 rue anne de ticheville 27300 BERNAY
Entité juridique	270000060	CENTRE HOSPITALIER DE BERNAY	5 r anne de ticheville 27303 Bernay
Etablissement de santé	270000045	CENTRE HOSPITALIER ANNE DE TICHEVILLE	5 rue a. de ticheville 27303 Bernay

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	28	10
MCO	Gyneco-Obstétrique	15	/
MCO	Médecine	51	/
SSR	SSR	21	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Reserves

Management de la qualité et des risques  
Prise en charge des urgences et des soins non programmés  
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire  
Management de la prise en charge du patient en endoscopie  
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

### Obligations d'amélioration

Gestion du risque infectieux  
Droits des patients  
Parcours du patient  
Prise en charge de la douleur  
Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

## 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 examine avec le directeur général de l'Agence Régionale de santé dans quel délai l'établissement peut faire l'objet d'une nouvelle visite.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 12 mois à compter de la notification de la décision de non certification.

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

## 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	Cardiologie - à préciser	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie HC	A préciser	Urgences	Complexe	MCO
3	Enfant	Chirurgie	Amygdalectomie	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	Obstétrique	Accouchement par césarienne	Urgences	Complexe	MCO
5	Adulte	Maternité	Accouchement par voie basse	Programmé	Simple	MCO



# **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

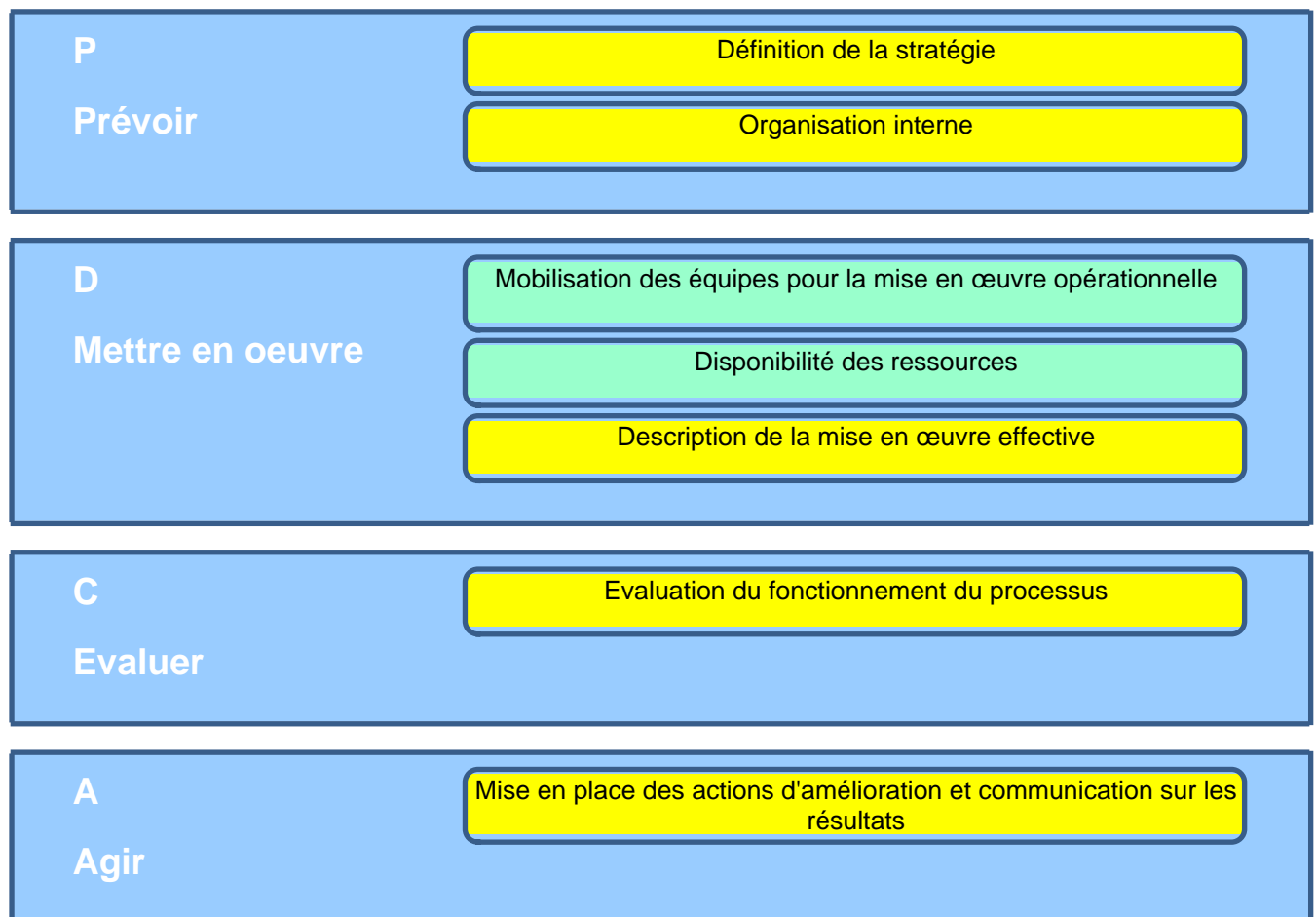
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2016-2020 est en cours d'élaboration. Dans cette attente, une note d'orientation stratégique signée par le directeur général le 29 décembre 2015 prévoit 5 orientations stratégiques dont un « Volet Qualité et Sécurité des Soins et Développement Durable » qui vise 8 finalités dont 3 concerne la qualité sécurité des soins : développer une culture qualité et sécurité et fédérer autour d'une gestion des risques coordonnée et intégrée - Poursuivre et systématiser la pratique des évaluations des pratiques professionnelles et le développement professionnel continu - Développer l'utilisation et le suivi des indicateurs de qualité et de sécurités des soins. Le CPOM 2014-2019 intègre également une thématique sur la qualité et de la performance déclinée en 6 axes dont un intitulé « améliorer la qualité et la sécurité des soins ».

L'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration de son compte qualité, avec une démarche des risques à priori appropriée, opérationnelle, aboutissant à des plans d'actions. Il existe également un dispositif de gestion des évènements indésirables approprié et opérationnel.

Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'une stratégie fondée sur l'analyse structurée et la priorisation de l'ensemble de ses risques.

Le PAQSS est formalisé mais ne prend pas en compte l'ensemble des plans d'actions inclus dans le compte qualité. Les plans d'actions définis par les groupes en charge des différents processus et figurant dans le compte qualité ne se retrouvent pas tous dans le PAQSS.

De plus, le PAQSS n'est pas soumis aux instances. Ce point n'est pas inscrit dans les ordres du jour des différentes instances, CME, Directoire, conseil de surveillance, etc.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il prévoit 3 structures : le COPIL qualité et sécurité des soins qui arrête les axes prioritaires et valide les projets et les actions – le COVIRIS qui coordonne l'ensemble des vigilances – l'équipe opérationnelle qualité et risques qui assure au quotidien le management opérationnel de la démarche. Les rôles et responsabilités sont identifiés et en général, formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Cette organisation est reprise dans un organigramme intégré à la GED.

Le plan blanc de l'établissement dont la dernière version date de janvier 2015 n'a pas fait l'objet d'exercice annuel.

Il existe un dispositif de gestion documentaire en place, mais il ne contient pas l'ensemble des documents nécessaires aux professionnels et ne fait pas l'objet d'un système de mise à jour opérationnel. Depuis le début de l'année 2016, de très nombreux protocoles, procédures et organigrammes ont été intégrés dont plus d'une cinquantaine dans les 15 jours précédents la visite. Toutefois, la plupart des ressources documentaires nécessaire à la prise en charge des patients (au niveau des urgences, du bloc opératoire, de la salle de naissance, du risque infectieux) n'existe pas. De plus, le système de recherche par mots clés est peu opérationnel aux dires de certains professionnels rencontrés et lors des constats en visite. Enfin, la mise à jour n'est pas effective, certains documents date de 2002 et les changements aux niveaux des instances ou de l'organisation ne donnent pas toujours lieu à l'actualisation des documents.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres des services sont référents « qualité » et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc). Les équipes participent à la déclaration des évènements indésirables mais peu à ceux en lien avec les soins.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Malgré un moteur de recherche peu ergonomique, le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Depuis 2016, les professionnels et les représentants des usagers sont impliqués dans l'exploitation des plaintes et réclamations et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. On note également depuis 2016 le retour à un fonctionnement normal de la CRUQPC. En effet, elle ne s'était réunie qu'une seule fois en 2014 et en 2015, ce qui ne respecte pas les obligations réglementaires.

La stratégie d'EPP figure dans les orientations stratégiques de l'établissement mais n'est plus déclinée sur le terrain en ce qui concerne les EPP médicales. La commission EPP issue de la CME ne s'est plus réunie depuis la fin 2015. Il a également été constaté lors de l'audit patient traceur, qu'il n'y avait pas eu d'EPP sur la problématique du patient insuffisant cardiaque chronique en lien avec l'IPAQSS IDM "règles hygiéno-diététiques délivrées au patient à la sortie".

Les professionnels ne se sont pas appropriés la culture de déclaration des EI et en particulier celle liés aux soins. L'établissement tient des statistiques globales cumulant le sanitaire et le médico-social et ne suit pas de répartition par services. A la demande des experts-visiteurs, il a réalisé un tableau qui montre un très faible nombre de déclarations liées aux soins : 2 déclarations de chutes en 2015, 0 en 2016 - 1 déclaration concernant la pharmacie en 2015, 5 en 2016 - pas de déclaration pour le service des urgences.

**C / EVALUER**

<b>EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS</b>
<p>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.).</p> <p>De même il évalue la satisfaction des usagers en lien avec la CRUQ.</p>

**A / AGIR**

<b>MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS</b>
<p>Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrés par l'équipe opérationnelle qualité et risques dans le programme d'actions institutionnels.</p> <p>Cependant, le réajustement du programme et de la politique qualité gestion des risques n'est pas formalisé en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.</p> <p>Le service qualité rencontre les différents pilotes de processus mais cela ne se concrétise pas sous la forme d'un réajustement formalisé du programme ni de la réalisation d'un bilan annuel présenté et validé par les instances.</p> <p>La communication des résultats et actions réalisées se fait en interne lors des réunions de service et dans le bulletin mensuel qualité et sécurité des soins, distribué avec la fiche de paye.</p>

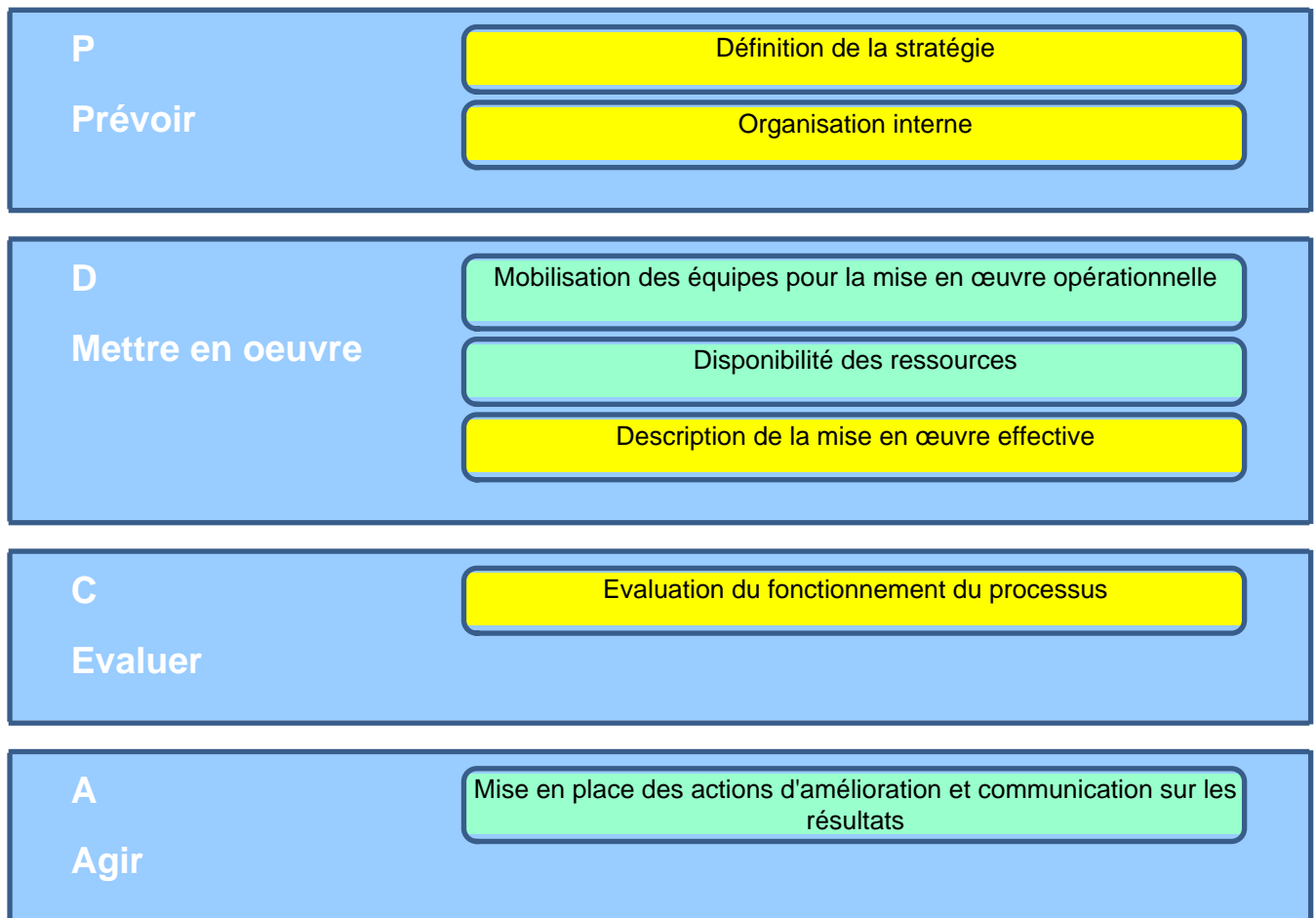
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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 rédigé et validé une politique de gestion du risque infectieux. Toutefois, l'établissement n'a pas élaboré de cartographie des risques du processus de gestion du risque infectieux. Une analyse de risques a été menée selon la méthode du PDCA ne permettant pas une exhaustivité des risques infectieux, ni de plan d'actions formalisé correspondant.

Le CLIN a élaboré un programme d'actions annuel formalisé, validé et régulièrement suivi. le bilan annuel est systématiquement présenté aux membres du CLIN, de la CSIRMT, de la CME, du CHSCT et du COVIRIS (auquel sont associés les représentants des usagers). Mais ce programme n'est pas intégré au PAQSS, il lui y est annexé sans intégration de l'ensemble des actions proposées. Les professionnels rencontrés ne connaissaient pas le contenu du PAQSS, même concernant leur propre thématique.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CLIN pilote et met en œuvre la politique à l'échelle de l'établissement. Le pilotage opérationnel est assuré par l'EOH qui se compose de deux pharmaciennes et d'une infirmière hygiéniste. Des fiches de poste existent pour l'IDE hygiéniste et les correspondants en hygiène. En cas de besoin, les praticiens peuvent avoir recours à l'infectiologue du CHU de ROUEN.

Les correspondants en hygiène possèdent une fiche de missions avec une charte d'engagement et bénéficient de formations spécifiques. Une liste des correspondants par service est validée. Les correspondants se réunissent 4 fois par an.

Les besoins en formation en hygiène sont identifiés et actés au plan de formation institutionnel 2016.

Des protocoles d'hygiène issus des recommandations de bonne pratique et adaptés aux services sont définis. Un guide en antibioprophylaxie et un livret des antibiotiques ont été élaborés et valisés. Des supports d'information des patients porteurs de Bactéries Multi-Résistantes ont été validés à partir des documents du CCLIN.

Les locaux intermédiaires et le local final de stockage des DASRI sont organisés et identifiés.

L'interface avec le laboratoire d'analyses médicales externe est contractualisée par convention.

L'établissement a fait le choix de ne pas identifier de Commission des antibiotiques individualisée. Néanmoins, une référente en antibiothérapie (titulaire d'un diplôme universitaire en antibiothérapie) a été nommée et travaille en fonction des résultats de l'indicateur ICATB2 et des axes du programme de lutte contre les infections associées aux soins (PROPRIAS). Les résultats des actions menées dans le domaine de l'antibiothérapie sont communiquées dans diverses instances telles que le CLIN et le COMEDIMS.

Les locaux ne sont pas adaptés à la maîtrise du risque infectieux.

Il n'existe pas de circuits distincts propre/sale pour la gestion des déchets au niveau du bloc obstétrical. La configuration des locaux du bloc obstétrical oblige au croisement des personnels, des parturientes, des bébés, avec les circuits du linge et des déchets.

Lors de la visite du secteur de la salle de naissance, les experts visiteurs ont constaté que les portes d'accès séparant le couloir public au bloc obstétrical étaient ouvertes, permettant ainsi la circulation au sein même du bloc de personnes non affectées à ce secteur. La disponibilité des sur-chaussures et sur-blouses à usage unique n'est possible qu'en traversant le couloir du bloc obstétrical, sans poubelle dédiée à la sortie. Le croisement des personnes, du linge et des déchets s'effectue dans la même zone, sans circuit dédié.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des réunions des correspondants en hygiène sont organisées régulièrement. Le CLIN se réunit 4 fois par an. L'infirmière hygiéniste est connue des professionnels de terrain qui n'hésitent pas à la solliciter en cas de besoin ou pour avis.

Cependant, les équipes participent peu à la déclaration des événements indésirables. Le rapport de l'année 2015 ne permet de retrouver seulement 3 déclarations d'événements indésirables concernant l'hygiène sur l'ensemble de l'établissement.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Des formations en hygiène sont effectives pour les professionnels comme en témoigne le plan de formation institutionnel finalisé de 2015. Parmi ces formations, on retrouve les précautions standards et complémentaires, l'utilisation du PICC LINE, la formation des nouveaux arrivants, la formation au bionettoyage, à la gestion des déchets.

Les praticiens sont régulièrement informés et sensibilisés aux bonnes pratiques en antibiothérapie

curative et en antibioprofylaxie.  
 Des procédures et protocoles de gestion du risque infectieux sont disponibles dans la base documentaire institutionnelle informatisée. Cependant, les protocoles nécessaires aux professionnels ne sont pas toujours disponibles ou actualisés. Certains protocoles n'ont pas été réévalués ni actualisés depuis plusieurs années. Pour exemple, le protocole concernant le bionettoyage date de 2007, celui sur l'entretien des ambulances de 2002. Il n'existe pas de protocole spécifique à certaines prises en charge comme la conduite à tenir en cas de patient porteur de Clostridium, de légionellose ou d'aspergillose par exemple.  
 Les visites des différents services de l'établissement ont permis de vérifier la présence de matériels spécifiques à l'hygiène, ainsi que des échelles d'isolement avec affichage dédié.  
 Toutefois, les locaux ne sont pas totalement conformes : le local DASRI final est identifié, sécurisé mais très dégradé (murs délabrés, lavabo non opérationnel, carrelages cassés) - les locaux de déchets intermédiaires des services de soins ne sont pas sécurisés.  
 De même, les matériels nécessaires ne sont pas toujours disponibles. En effet, le service de Médecine ne dispose pas de lave-bassin, ni de matériel adapté aux bassins de lits.  
 Au cours de la visite, les experts ont également constaté l'absence de container dédié aux DASRI dans le local intermédiaire des Urgences. Les sacs jaunes y sont posés par terre avant d'être entreposés transitoirement dans le container DAOM pour acheminement vers les locaux finaux.  
 Au bloc opératoire, il n'y a pas de brancards permettant le transfert des patients avant leur entrée en salle d'intervention.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services de soins contacte l'infirmière hygiéniste pour conduite à tenir et vérification de la bonne mise en place des précautions complémentaires dès qu'ils ont connaissance ou suspicion du portage ou d'une infection à bactérie multi-résistante.  
 Il existe un affichage des mesures sur les précautions standards et précautions complémentaires dans les services. Les professionnels ne respectent pas toujours les mesures de prévention du risque infectieux. Lors de la visite du secteur de la salle de naissance, les experts visiteurs ont constaté que les portes d'accès séparant le couloir public au bloc obstétrical étaient ouvertes, permettant ainsi la circulation au sein même du bloc de personnes non affectées à ce secteur.  
 Par ailleurs, la traçabilité des données n'est pas systématiquement réalisée concernant le nettoyage des locaux. Les visites de services ont permis d'observer l'absence de traçabilité du bionettoyage des locaux intermédiaires de déchets et des locaux de stockage de linge.  
 Une fiche de traçabilité du bionettoyage validée le 3 juin 2016 est disponible dans les salles de naissance et de pré-travail du bloc obstétrical mais non utilisée par les professionnels qui ont affirmé ne jamais avoir tracé antérieurement ce bionettoyage.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CLIN réalise un bilan annuel régulier (BILANLIN), qui est communiqué et analysé permettant un réajustement du plan d'actions du CLIN annuel.  
 L'établissement a participé à l'audit national des pratiques en endoscopie, à l'audit régional sur l'antibiothérapie et à un audit sur les prérequis à l'hygiène des mains lors de la journée mondiale sur l'hygiène des mains en mai dernier. L'établissement réalise également des audits internes : en antibiothérapie (sur l'utilisation de la vancomycine), et sur les pratiques de bionettoyage en fin de programme au bloc opératoire.  
 Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation périodique de l'ensemble du processus Risque Infectieux à l'échelle de l'établissement.

## A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires ou définir de nouvelles actions d'amélioration.  
 Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations internes, externes et des indicateurs. Les résultats des indicateurs sont diffusés auprès des membres du CLIN, des correspondants en hygiène, affichés dans le hall (IPAQSS). Ils sont disponibles sur internet via Scope Santé et dans le bulletin d'informations interne. L'EOH participe à des partages d'expérience à travers les journées régionales organisées par le CCLIN.



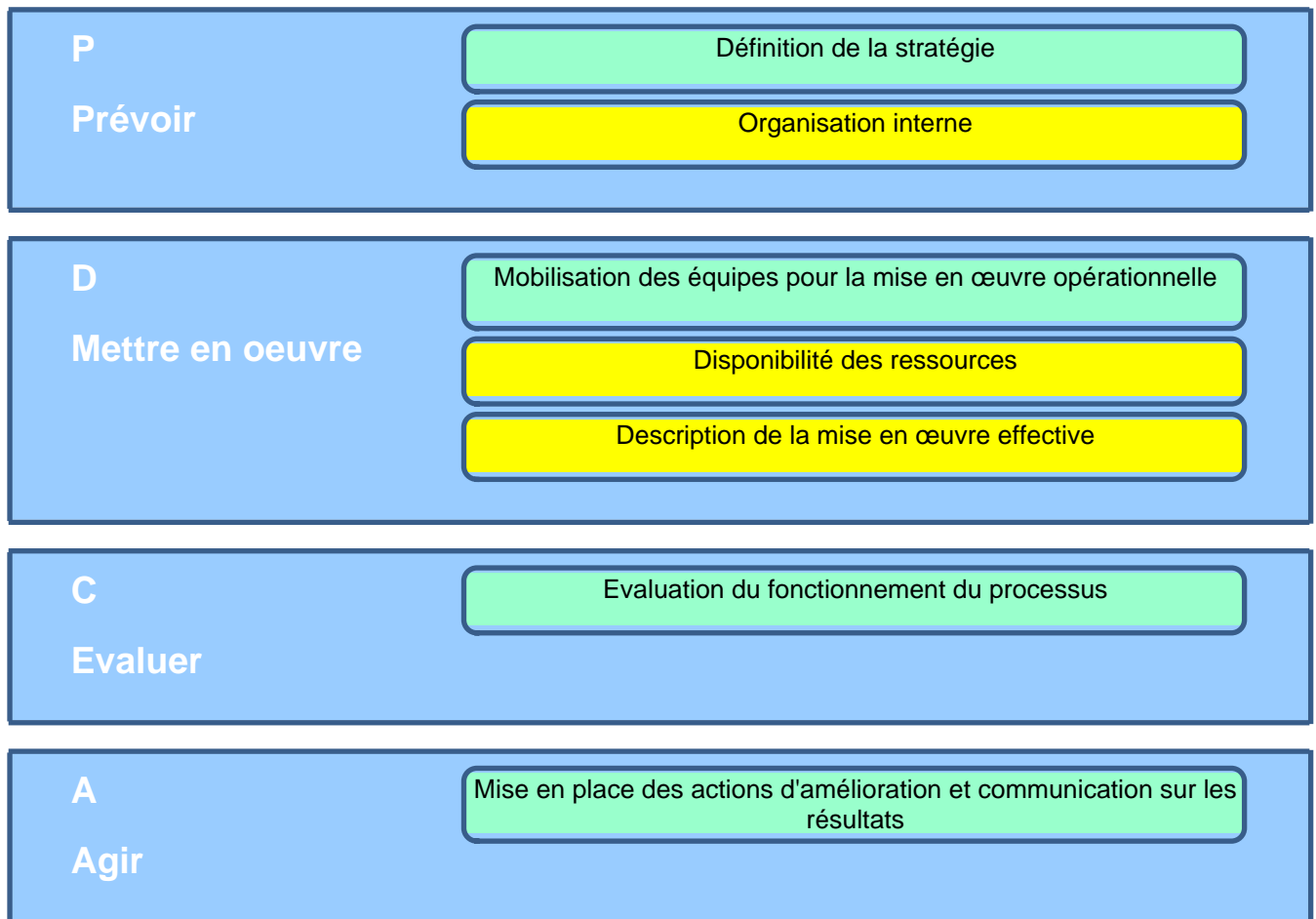
# DROITS DES PATIENTS

## 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 note d'orientation stratégique du centre hospitalier de Bernay signé par le directeur général le 29 décembre 2015, reprend les grands axes du projet d'établissement 2016-2020 en cours de finalisation et qui seront développés dans le cadre de la direction commune avec le centre hospitalier Eure-Seine. Y est intégré un volet « qualité, sécurité des soins et développement durable » qui définit une politique qualité et sécurité des soins formalisés autour de huit objectifs dont l'un est intitulé « Mobiliser l'ensemble des professionnels autour du respect des droits et informations du patient ».

Par ailleurs le document « Politique qualité et sécurité des soins du centre hospitalier de Bernay » actualisé en décembre 2015 comporte six orientations dont une « promouvoir le respect des droits des patients – améliorer l'écoute et l'information des usagers » qui est déclinée en cinq objectifs : renforcer la promotion de la bientraitance – promouvoir les droits des patients au sein de l'établissement – renforcer le rôle de la CRU en lien avec la sous-commission de la CME – poursuivre et approfondir l'analyse des plaintes et réclamations avec les équipes soignantes – renforcer la place de l'utilisateur dans le dispositif de promotion de la qualité et la sécurité des soins. Dans le cadre de l'élaboration de son compte qualité l'établissement a identifié pour le processus « droits des patients » trois risques et un plan de huit actions qui si elles ne figuraient pas dans la version initiale du PAQSS 2016, y ont été intégré par le service qualité dans la version actualisée au jour de la visite.

Toutefois, si le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques, il n'existe pas de déclinaison de la stratégie du respect des droits des patients dans les différents secteurs d'activité. La réflexion du futur projet d'établissement est en cours.

Si l'établissement a conduit un certain nombre d'action sur la prévention de la maltraitance, il n'a pas réalisé d'état des lieux permettant d'identifier les situations à risques, y compris dans le cadre de l'élaboration du compte qualité sur ce processus "droits des patients".

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. En particulier, il a positionné à compter du 1er février 2016, sur une mission transversale en « éthique clinique » une infirmière à 100%. Cette dernière est titulaire de diplômes universitaires en éthique, en douleur, et en soins palliatifs. Parmi ses missions figurent la formation en interne sur la culture palliative et la douleur.

Des ressources documentaires sont mis à disposition des professionnelles : c'est ainsi qu'au mois de mai 2016 a été intégré dans la GED un guide « information du patient en cas de dommage associé aux soins ».

Les modalités de recueil de la volonté du patient et le cas échéant des directives anticipées ainsi que de la surveillance des contentions ne sont pas formalisées. Une réflexion est en cours, cependant, au moment de la visite, il n'y avait dans la GED aucune procédure sur le recueil de la volonté du patient et le cas échéant sur les directives anticipées alors que l'établissement dispose de deux lits identifiés "soins palliatifs" depuis le 1er mars 2008 et acté dans l'avenant n°2 du CPOM 2007-2011. De même, a été intégré dans la GED le 3 juin 2016 une procédure sur la surveillance lors d'une contention, mais il n'existe pas de procédure spécifique sur la prescription d'une contention qui reprend les bonnes pratiques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est une préoccupation des professionnels et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés.

Un plan d'actions sur les libertés, la confidentialité et la promotion de la bientraitance figure dans le compte qualité et est repris dans le PAQSS actualisé par le service qualité en juin 2016.

Une note de service du 26 mai 2016 fixe la procédure du circuit d'une plainte et réclamation.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (équipements) et en partie documentation sont disponibles dans les secteurs. C'est ainsi que six séances de sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance ont été organisées en 2014 et des formations sont organisées à intervalle régulier sur les droits des patients. De même, il existe dans le livret d'accueil une information des patients sur leurs droits et les missions de la CRUQPEC.

Les locaux sont, en dehors de la chirurgie et de la gynécologie, pour la plupart anciens et sont de ce fait à la fois en termes d'équipements (majorité de chambres à deux lits, nombre de salles de bains) et de signalisation peu adaptés aux besoins et attentes des usagers.

Dans ce contexte, il existe de nombreux locaux inaccessibles aux personnes souffrant d'un handicap et

l'établissement ne respecte ses obligations réglementaires sur l'accessibilité découlant de la loi du 11 février 2005. Il n'a pas finalisé son Agenda d'accessibilité programmé (Ad'Ap) ce qui devait être fait avant fin 2015.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre au niveau des services.

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent c'est ainsi que le deuil périnatal peut faire l'objet d'un accompagnement. La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée même si ce dernier n'est pas structuré dans un document formalisé. La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est inégalement assurée.

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier notamment au niveau du livret d'accueil qui lui est remis lors de son hospitalisation.

Cependant, les soins ne sont pas tous réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Dans l'ensemble des chambres à deux lits, il n'est pas utilisé de paravent pour réaliser les soins. De même, le service des urgences ne dispose pas de locaux spécifiques pour les prises en charge pédiatrique, gériatrique, psychiatrique. Dans le secteur du bloc, les experts-visiteurs ont également constaté que les paravents présents en SSPI n'étaient pas utilisés malgré la présence à ce moment là d'une enfant, d'une patiente et d'un patient âgé.

De même, l'organisation de l'établissement ne permet pas toujours le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Dans les chambres à deux lits, les informations médicales, à l'exception des plus graves sont données en présence du deuxième patient. Il n'existe pas de zone de confidentialité à l'accueil des urgences.

Enfin, les restrictions de liberté, si elles font l'objet d'une prescription écrite, ne sont pas toujours réévaluées. C'est ainsi, qu'en l'absence de procédure spécifique, les prescriptions de contention ne sont pas conformes aux bonnes pratiques et ne sont pas réévaluées toutes les 24 heures comme l'a montré la consultation des dossiers dans les services notamment en SSR et aux urgences.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus et le suivi de la mise en œuvre. C'est ainsi qu'un audit sur la prescription et la surveillance de la contention physique était en cours dans les services au moment de la visite et que figure dans le plan d'actions du compte qualité réactualisé en juin 2016, la réalisation lors des soins, d'un audit sur le respect de l'intimité et de la dignité du patient.

#### A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le PAQSS même si ce dernier ne fait pas l'objet d'un réajustement formalisé. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne notamment au travers du bulletin mensuel « Qualité et sécurité des soins » distribué avec le bulletin de paye et auprès des usagers au travers de la CRUQPEC dont le nombre de réunions a été redéfini en 2016 en conformité avec la réglementation.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

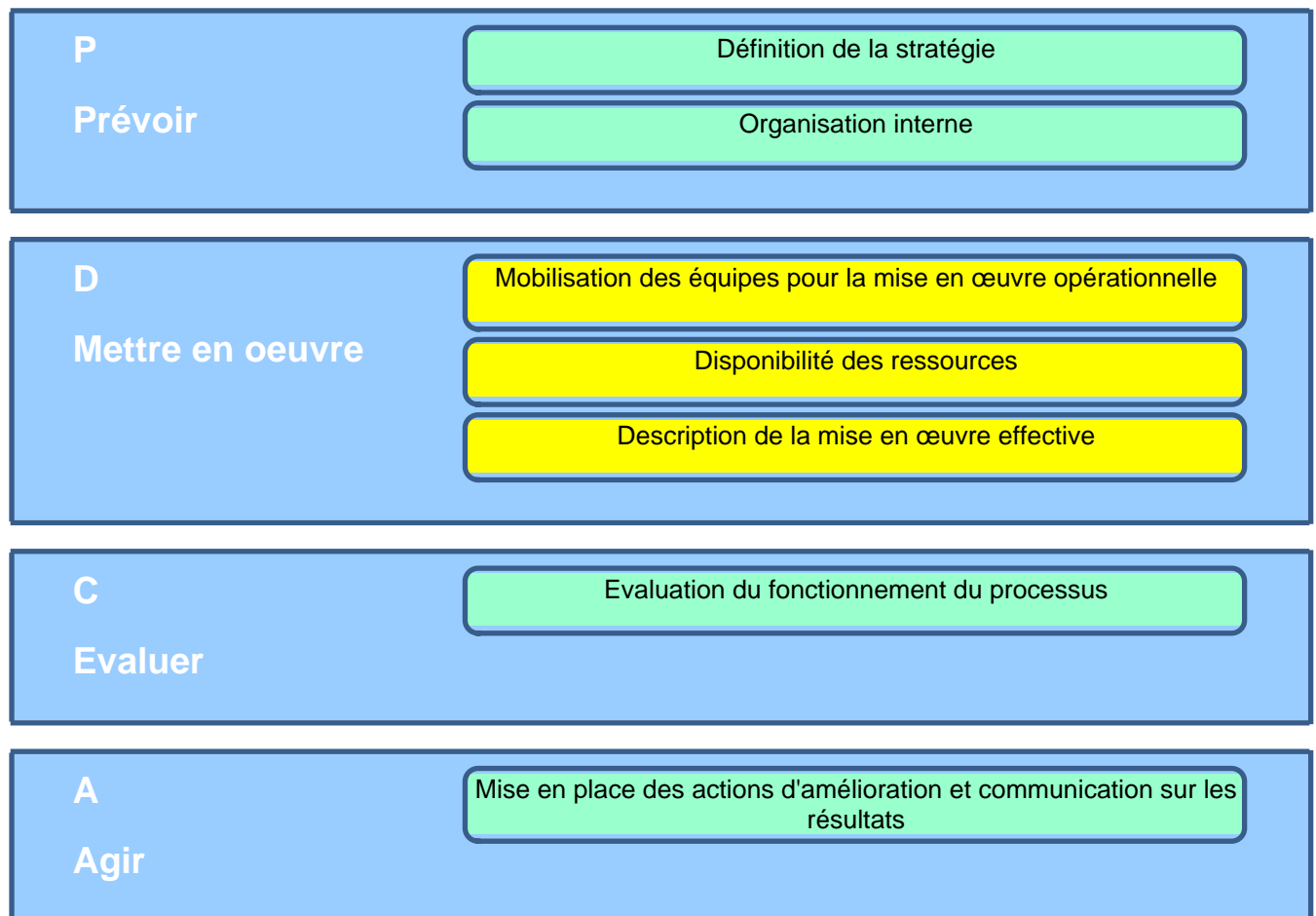
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La stratégie d'établissement prend en compte les besoins de sa population, elle est déclinée dans le CPOM, la note stratégique ainsi que dans l'avant projet médical et de soins (prévenir et prendre en charge la dénutrition, les escarres, améliorer la prise en charge des populations à risque ou vulnérables, améliorer le retour à domicile des patients en anticipant la sortie et en coordonnant les différents partenaires).

Des fiches actions ont été élaborées sur chaque parcours identifié.

La note stratégique mentionne des éléments du parcours patient de même que l'avant projet médical et de soins ("optimiser les activités du plateau technique, rendre les parcours des patients plus fluides, définir les organisations de soins plus efficaces" et une définition d'objectifs par l'avant projet de soins).

L'analyse du compte qualité a mis en évidence, en s'appuyant sur les critères du manuel V2010 (auto-évaluation), les résultats des indicateurs IPAQSS et la conduite des patients traceurs dans les services cliniques, 5 domaines de risques, auxquels se sont ajoutés 2 autres risques lors du bilan effectué à 6 mois, en décembre 2015.

Une priorisation des actions a été effectuée et des objectifs ont été intégrés dans le PAQSS institutionnel.

La communication interne est effective par le biais des cadres de santé, le bulletin mensuel "qualité et sécurité des soins" adressé avec la fiche de paie, la gestion documentaire informatisée, l'affichage au niveau du service.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du processus "parcours du patient" est piloté par un trinôme de cadres de santé, issus des services MCO et SSR, les professionnels de leur service y ont participé pour valider les risques identifiés et engager les plans d'actions les concernant.

Toutefois, le pilotage du processus "parcours du patient" effectué par les cadres de santé des services ne s'appuie pas sur une fiche de missions formalisée et validée.

Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, elles sont en cohérence avec les spécificités, les parcours patients et l'activité de l'établissement, MCO et SSR

Les besoins en compétence sont identifiées comme par exemple une infirmière expert en douleur, soins palliatifs et éthique qui intervient au CLUD (vice présidente) mais aussi en transversal à la demande des services.

Un système de garde et astreintes en place pour les médecins et les cadres de santé, une garde administrative complète le dispositif.

Les différents parcours patients sont identifiés dans des fiches actions, l'accueil du patient fait l'objet d'un parcours spécifique "améliorer la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge de la personne soignée", le parcours de chirurgie est en cours et prend en compte les populations spécifiques rencontrées (notamment l'enfant), les patients en fin de vie accueillis dans 2 lits du service de médecine identifiés soins palliatifs et autorisés par l'ARS.

Le dépistage des troubles nutritionnels et des escarres est pris en compte et suivi dès l'entrée du patient, il tient compte des IPAQSS et fait l'objet d'EPP.

Cependant, les patients présentant un risque suicidaire ne sont pas tous identifiés. Le protocole est en cours d'élaboration avec l'équipe de liaison de psychiatrie présente sur l'établissement. Le service des urgences n'est pas sécurisé et rend difficile la surveillance de ces patients.

La gestion documentaire informatisée est accessible et connue : la majorité des protocoles et procédures (formalisées ou actualisées) sont accessibles malgré un moteur de recherche peu ergonomique.

Les documents supports d'information du patient sont à leur disposition dans certains services (cardiologie par exemple). Le SIH a pris en compte les besoins en outils informatique et les services sont équipés pour faire face à leurs besoins.

La fonction transport des patients en interne est organisée avec deux ambulanciers qui effectuent le transport en véhicule d'un bâtiment à l'autre.

La sortie du patient fait l'objet d'une procédure, des fiches de liaisons accompagnent le patient en cas de transfert interne et/ou externe, ou auprès des professionnels libéraux.

L'éducation thérapeutique du patient est une préoccupation ancienne: le programme diabète a été reconduit en 2015, le programme concernant l'insuffisance cardiaque chronique est en cours, ainsi que la mise en place de programmes "PRADO" en maternité et orthopédie.

Une formation aux gestes d'urgence concerne tous les infirmiers qui sont formés massivement, par deux d'entre eux, issus du service des urgences et qui sont formateurs AFGSU 1 et 2.

Un chariot d'urgence opérationnel équipe chaque service avec la spécificité des enfants en chirurgie, de la maternité.

Le pilotage et le suivi des fiches action est assuré par les cadres de santé pilotes du processus en collaboration avec la directrice des soins et les plans d'actions sont intégrés au PAQSS institutionnel.

La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre les

services, notamment au travers des réunions hebdomadaires des cadres de santé organisées par la direction des soins, des staffs, et des transmissions d'équipe.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les trois cadres de santé, pilotent du processus ont engagé une démarche pour élaborer les différents parcours. 7 fiches actions ont été élaborées à partir de l'analyse des critères du manuel V2010, un parcours a été défini et est en cours d'analyse: parcours du patient en chirurgie programmée et le parcours de l'enfant (au service des urgences et en chirurgie), ainsi qu'une réflexion sur les risques identifiés concernant: les soins de suite et de réadaptation, la prise en compte du risque suicidaire, les troubles de l'état nutritionnel, les urgences vitales et les populations spécifiques (enfant et personne âgée).

Les cadres des services organisent la mise en œuvre des actions issues des risques identifiés, ils sont intégrés aux objectifs du projet de soin en cours d'élaboration, des audits ont été récemment planifiés afin de suivre par exemple, le dépistage des troubles nutritionnels ou les escarres. L'encadrement sensibilise régulièrement les professionnels de terrain à la nécessité de déclarer tout dysfonctionnement sur les fiches de signalements des EI sur le logiciel informatique.

Toutefois, il y a peu de déclarations d'événements indésirables dans les services et lorsqu'ils existent, ils concernent rarement des dysfonctionnements liés au parcours du patient et les professionnels participent peu à leur traitement.

Des temps de rencontres sont organisés et tracés comme par exemple les réunions hebdomadaires et des staffs par spécialité, avec l'équipe pluridisciplinaire, chaque intervenant dans la prise en charge du patient accède à son domaine dans le dossier informatisé et trace les informations de sa discipline. Une fiche de liaison est en place pour les infirmières de même que des résumés sont à disposition pour les autres professionnels (diététicienne, kinésithérapeute, psychologue).

L'encadrement des services est relais pour l'information et /ou sensibilisation du respect des procédures, protocoles, consignes sur les pratiques (pour exemple sensibilisation régulières pour susciter la déclaration des EI, la traçabilité de la douleur, le poids, la taille, le renseignement de la fiche de dépistage du risque d'escarre, aux consignes délivrés suite aux audits sur le circuit du médicament...).

Les plans d'actions du parcours du patient sont intégrés au PAQSS institutionnel.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont en adéquation avec les besoins de prise en charge.

Un plan de formation annuel recense les formations nécessaires aux différentes prise en charge, les professionnels sont formés (AFGSU 1 et 2, douleur, prise en charge médicamenteuse...). Les cadres des services assurent la sensibilisation des professionnels dans de nombreux domaines comme par exemple la sensibilisation au circuit du médicament dans l'attente de la formation, la déclaration des événements indésirables.

Un chariot d'urgence vitale est opérationnel dans tous les services avec des spécificités comme pour l'enfant en chirurgie et chirurgie ambulatoire ou en maternité.

Les postes informatiques sont présents dans les bureaux des médecins, dans les salles de soins et sur le chariot de distribution des médicaments et permettent de répondre aux besoins des professionnels.

Le projet de soin est en cours d'élaboration, le processus "parcours du patient" est décliné au travers de 7 fiches actions qui sont diffusées aux professionnels, le livret d'accueil vient d'être actualisé, il est remis au patient à l'entrée dans le service avec une information sur son traitement personnel, des informations sont diffusées aux patients dans plusieurs services (chirurgie sur la prothèse totale de hanche, au service des urgences, en maternité). En service de médecine à orientation cardiologique une information est dispensée dans le cadre des actions d'éducation thérapeutique (traitement anti coagulant, la limitation du sel, le tabac).

En mai 2016 a été engagée une réflexion avec le groupe "Dossier Patient" pour harmoniser des modèles d'ordonnance de sortie sur l'outil informatique et améliorer le document de sortie.

La fonction transport est organisée avec deux ambulanciers qui véhiculent les patients d'un service à l'autre et notamment dans le service de radiologie.

L'établissement a mis en place un plan de formation annuel. Ce dernier tient compte des spécificités de l'établissement (médecine, chirurgie, SSR) mais aussi des compétences spécifiques (DU douleur, éthique). Toutefois, les locaux sont inadaptés dans certains services : la vétusté, l'exiguïté et le nombre important de chambres à deux lits, l'absence de cabine de douche dans les chambres, le manque de paravents rendent difficile le respect de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des soins et l'accessibilité aux toilettes pour les patients en situation de handicap.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil du patient est opérationnel (adulte/enfant/ personne âgée au SSR), la prise en charge du patient est établi en fonction d'une évaluation initiale et l'ensemble de ses besoins sont pris en compte dans le dossier informatisé: fiche spécifique pour les aides soignantes, dossier partagé pour tous les autres soignants avec lecture seulement pour tous, y compris les observations médicales (validé par le

groupe "Dossier Patient" en mai 2016).

Des éléments du projet personnalisé de soins figurent dans le dossier du patient au SSR, ils sont tracés au cours des réunions pluridisciplinaires de ce secteur.

Toutefois, l'ensemble des éléments du projet de soins personnalisé du patient en SSR n'est pas regroupé dans un document et partagé par tous les professionnels. Les éléments concourant à l'élaboration et au suivi du projet de soins personnalisé du patient tels qu'attendus dans la prise en charge du patient SSR et recueillis au niveau des indicateurs IPAQSS sont retrouvés dans divers documents du dossier informatisé utilisé. Il est retrouvé une identification de projet de soin avec la date et le nom du médecin mais sans autre information (pluridisciplinarité des participants), synthèse de la période, point sur le devenir, éventuellement bilan des consultations psychologique, de l'assistante sociale, implication et /ou accord de la famille, etc.). Ces informations nécessitent une recherche dans l'ensemble des éléments constitutif du dossier informatisé pour les retrouver.

L'encadrement MCO/SSR s'assurent de la traçabilité des troubles nutritionnels, de la douleur, du dépistage des escarres sur la fiche de Braden informatisée, la personne de confiance par des sensibilisations et / ou contrôles inopinés sur le dossier informatisé et pour améliorer les scores IPAQSS.

Toutefois, la traçabilité des troubles nutritionnels n'est pas systématique dans tous les services. Le poids, la taille et l'IMC ne sont pas recueillis systématiquement à l'entrée du patient (service des urgences, chirurgie) et ne sont pas réévalués. Des actions de sensibilisation sont conduites sur cette thématique par le CLAN pour une action systématique et pour augmenter le taux de l'indicateur IPAQSS.

De même, la réflexion bénéfique risque n'est pas systématiquement prise en compte ou tracée. La réflexion bénéfique risque est le plus souvent orale, et rarement tracée quand elle existe, comme le confirme le patient traceur de médecine à orientation cardiologique.

Les règles d'identification ne sont pas toujours respectés. L'audit du patient traceur a montré que si un bracelet d'identité a été posé dans le service de chirurgie à la patiente à son retour du bloc opératoire, son identité n'a été vérifiée que de temps en temps au cours de son séjour, mais pas de façon systématique. De même, en chirurgie ambulatoire le patient traceur a montré qu'il n'y avait pas eu de vérification de l'identité ni de l'enfant ni de la mère (ni carte identité, ni livret de famille).

Il existe un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales.

L'éducation thérapeutique du patient centrée sur la prise en charge diabétique est ancienne, reconduite après son évaluation quadriennal en octobre 2015 par l'ARS, deux autres thématiques sont en projet avec le réseau Eure/Seine.

Une fiche de liaison et des outils de coordination telle la fiche de pansement sont élaborées pour assurer la continuité de la prise en charge à la sortie du patient.

En service MCO, la lettre de sortie est rédigée et adressée au médecin traitant, une information est donnée au corps médical pour intégrer le nouvel indicateur "qualité du document de sortie", nouvel indicateur IPAQSS recueilli à compter du recueil 2016. Cependant, la lettre de sortie n'est pas systématiquement rédigée pour chaque patient au service des urgences. Pour les patients sortis après soins, le service des urgences ne rédige pas de lettre de sortie à l'intention du médecin traitant du patient. La lettre de sortie est rédigée pour les patients en UHCD et pour les transferts. De même l'audit patient traceur a montré que la durée du traitement de sortie (antibiothérapie) n'est pas notée sur la prescription.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les indicateurs IPAQSS tous les deux ans et tient compte de l'évaluation de la satisfaction du patient.

Un bilan annuel du PAQSS est effectué par l'Equipe Opérationnelle Qualité et Risques dans lequel sont retrouvés les actions du parcours patient. Des EPP de pertinence sont réalisées entre 2013 et janvier 2016 permettant le suivi du parcours patient: pertinence des admissions en SSR, accueil du patient au service des urgences, césariennes programmées à terme, examens biologiques réalisés au service des urgences.

Le programme d'ETP est évalué tous les 4 ans, la prochaine évaluation est prévue en septembre 2016.

Les résultats sont communiqués au professionnels par l'encadrement de proximité et mensuellement par le bulletin qualité interne.

L'établissement a en projet un programme d'audits annuel ainsi qu'un audit clinique ciblé sur 5 dossiers /service et par mois selon des critères de la HAS.

## A / AGIR

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

Des actions ont été mises en œuvre suite aux résultats des IPAQSS comme par exemple la traçabilité de la douleur du patient (8% en 2014; 49% en 2016 en MCO), le dépistage des troubles nutritionnels et des escarres (3% en 2014 et 28% en 2016 en MCO) pris en compte dès l'entrée, des fiches spécifiques sont

intégrées au dossier du patient informatisé pour faciliter ce recueil par les professionnels infirmiers et aides soignants.

Le groupe "Dossier Patient" a validé en mai 2016 un plan d'actions visant à améliorer les indicateurs IPAQSS (DTN, TRD, TRE, DAN, IDM, HPP, AVC), ainsi que les pilotes concernés.

Les actions d'amélioration des plans d'audits sont planifiées à partir de septembre 2016.

Divers outils de communication interne permettent d'informer les professionnels des résultats: affichage, gestion documentaire informatisée, bulletin qualité, informations orales par les cadres de santé au cours des transmissions ou d'organisation de réunions thématiques.

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

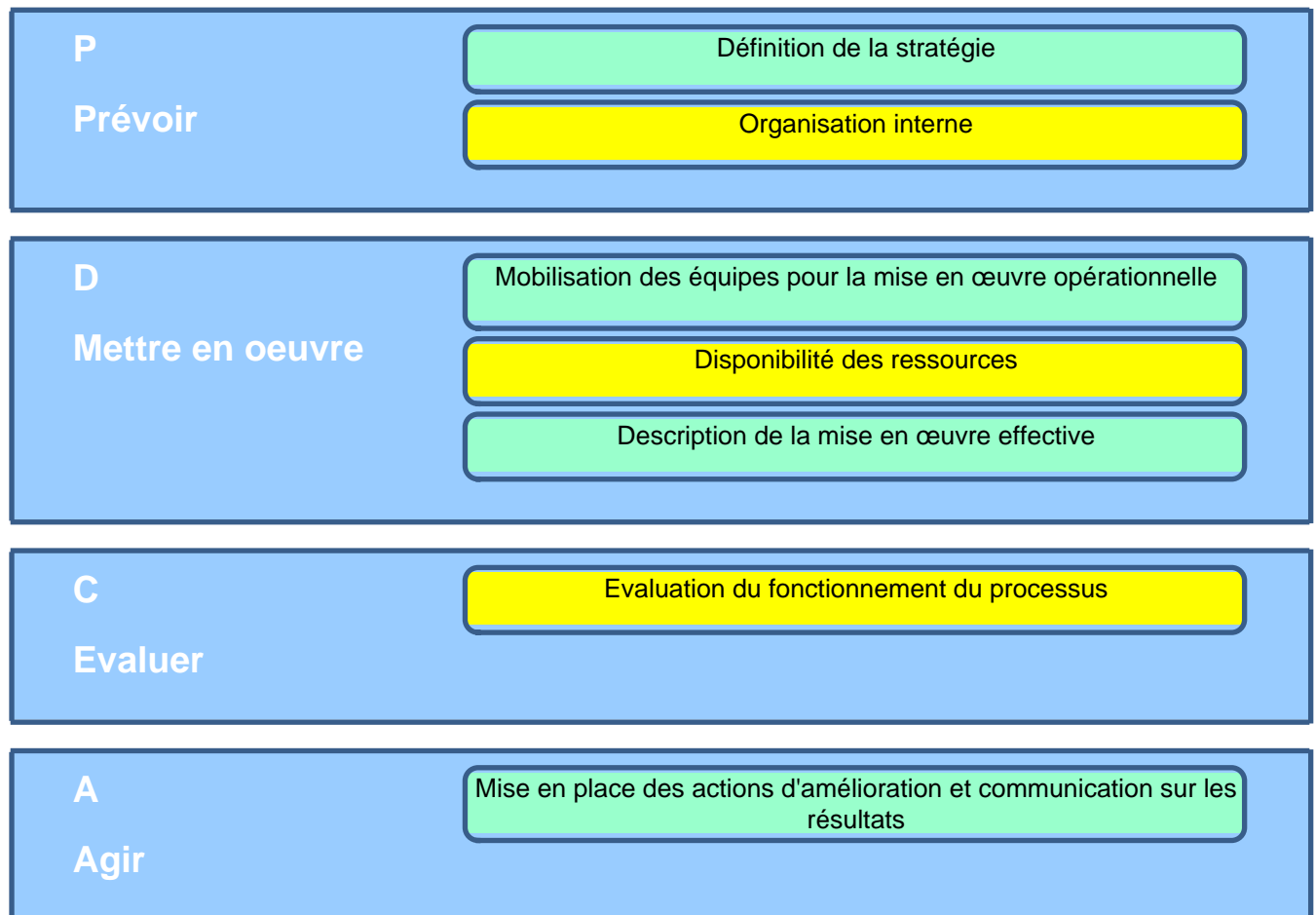
## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Les objectifs du CLUD, élaborés sur la base d'une identification des risques, dans le cadre du compte qualité sont formalisés dans le PAQSS institutionnel.

Un programme annuel vient d'être rédigé, il décline des objectifs dans tous les secteurs d'activité de l'établissement, il prend en compte un axe du projet de soins 2016/2020 en cours d'élaboration "améliorer la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge de la personne soignée, prendre en compte la douleur du patient".

Le groupe de travail comprenant le président et vice président du CLUD, et deux référents douleur des services ont traité le compte qualité douleur et identifié un risque majeur "prise en charge inappropriée de la douleur", deux objectifs et leur plan d'actions sont intégrés au PAQSS. L'analyse a été conduite selon la méthodologie de la HAS (PDCA).

Le CLUD organise la communication des objectifs au niveau des professionnels de terrain par l'intermédiaire des référents douleurs des services (IDE, aides-soignants, Kiné) lors des réunions plénières annuelles, rencontres informelles de l'IDE douleur, par l'intermédiaire des cadres de santé lors des transmissions, au travers du bulletin mensuel "Qualité et sécurité des soins" distribué avec la fiche de paye.

Le bilan des objectifs du CLUD est présenté aux instances annuellement.

Cependant, la stratégie de prise en charge de la douleur ne sont pas formalisée seul un objectif du Règlement intérieur (mars 2011 en cours d'actualisation) mentionne : "Le CLUD du Centre Hospitalier de Bernay a pour objectif le développement des moyens de lutte contre la douleur et des soins palliatifs au sein du centre hospitalier".

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus repose sur le président du CLUD, médecin urgentiste et la vice présidente du CLUD, infirmière référente douleur et soins palliatifs, et éthique clinique. Des professionnels de terrain (infirmière et aide soignante, référents douleur) ont participé à l'analyse des risques selon la méthodologie de la HAS (PDCA) et rédigé le compte qualité douleur

Des missions générales concernant les rôles et responsabilités de l'IDE douleur sont intégrées au règlement intérieur en date de mars 2011 en cours d'actualisation.

Toutefois, le rôle et les missions de l'IDE douleur et des référents douleur des services ne sont pas validées ni diffusées. Il a été présenté aux experts-visiteurs un document "en cours de signature" intitulé "fiche de missions référent CLUD". Ce dernier n'est pas daté, cependant, une note d'information sur le sujet a été présentée aux instances.

L'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires en effectif et compétences. Les besoins en formation douleur sont identifiés par le CLUD sur le plan de formation 2016 avec une forte participation des professionnels sur le 1er semestre. La base documentaire informatisée référence l'ensemble des protocoles de prise en charge de la douleur (selon le type de patient, la pathologie, la douleur induite par les soins, les protocoles médicamenteux), les échelles d'évaluation (patient communiquant, non communiquant, enfant), validées sont disponibles dans le dossier informatisé des "flyer" sont distribués par l'infirmière douleur.

Cependant, la prise en charge de la douleur du nouveau né ne s'appuie pas sur une échelle validée, et ne figure pas dans le dossier informatisé comme les autres échelles validés par le CLUD et en vigueur sur l'établissement. Cette absence d'échelle spécifique a été confirmé par l'audit Patient Traceur.

Le plan d'actions CLUD de juin 2016 a pour objectif de finaliser les protocoles notamment chez le nouveau-né et les patients en soins palliatifs.

La concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité est facilitée par la présence des référents douleur des services et la présence à temps plein sur le site de l'infirmière douleur, vice présidente du CLUD.

La participation au réseau Interclud Eure/Seine est effective, l'IDE douleur est vice présidente du comité d'éthique de ce réseau.

Des soirées thématiques avec les médecin libéraux sont organisées comme par exemple récemment celle sur les douleurs "neuropathiques".

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les cadres des services sont de fait les relais pour la déclinaison des objectifs du CLUD pour leur secteur, avec le soutien des référents IDE et AS et la présence de la vice présidente du CLUD, IDE douleur.

Les professionnels sont sensibilisés le plus souvent par l'encadrement des services et l'infirmière douleur

avec une action précise sur la formation et la diffusion des informations sur la douleur. Un grand nombre d'infirmières ont été formées au cours du 1er semestre 2016.

L'encadrement s'assure de l'application des recommandations quant à la traçabilité de la douleur dans le dossier informatisé et les transmissions ciblées, l'infirmière douleur distribue des mémos dès la mise en place d'un nouveau protocole.

Les professionnels sont informés des résultats de l'indicateur IPAQSS par le bulletin "qualité et sécurité des soins" et les informations sur les résultats dans la GED informatisée. L'infirmière référente douleur, très présente sur le terrain, assure le relais de ces informations. De même, lors de la journée nationale sur la sécurité des patients, une information est délivrée à destination des professionnels et des usagers.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Un plan de formation à la prise en charge de la douleur, élaboré pour l'année 2016 concerne tous les professionnels de terrain: IDE, Sage-femme, Aides soignantes, avec une planification mensuelle.

Les échelles différentes d'évaluation sont disponibles dans l'outil informatique: échelle d'hétéro évaluation, de la personne non communicante, de l'enfant, mais pas pour le nouveau né.

Toutefois, il n'y a pas de document spécifique sur l'information du patient douloureux chronique pour le patient. Un projet de mémo concernant une action d'éducation à la prise en charge de la douleur du patient douloureux chronique est prévue dans le plan d'actions 2016 du CLUD en cours d'élaboration.

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

Les moyens d'évaluation de la douleur sont adaptés au patient accueillis, les échelles validées intégrées au dossier patient informatisé.

Des actions d'éducation sont parfois conduites pour la prise en charge chronique de la douleur et le traitement par morphinique avant le retour du patient à domicile.

Le dispositif médical "MEOPA" est utilisé en routine au service des urgences depuis 2014, il est en cours de généralisation après une formation dispensée dans les services concernés par l'IDE douleur.

L'utilisation des morphiniques fait l'objet d'une réflexion pour les patients des 2 lits en soins palliatifs. C'est une action du plan d'action 2016, notamment en ce qui concerne l'éducation du patient.

En cas de besoin et selon le cas, le médecin et/ou l'IDE douleur font appel à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du centre hospitalier d'Evreux avec lequel ils sont en réseau Interclud.

Le patient reçoit des informations orales par l'infirmière et une cible "douleur" figure dans le dossier de soins informatisé si le patient est algique.

Les infirmières ou les aides soignantes référents douleur recueillent la douleur à l'entrée sur le dossier de soins informatisé, une cible "douleur" vient d'être intégrée dans le cadre des transmissions ciblées.

Toutefois, la traçabilité de la douleur du patient est inégalement assurée dans le dossier. Lors des visites terrain, il a été constaté par les experts-visiteurs une absence de prise en compte de la douleur à l'entrée du patient (service des urgences, service de médecine) et une réévaluation de la douleur non systématisée en service du SSR et en chirurgie comme l'atteste l'audit patient traceur.

### **C / EVALUER**

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

Une évaluation du ressenti de la prise en charge de la douleur par le patient a été conduite fin 2014/début 2015 un jour donné sur l'ensemble des services, exploitée par le CLUD et diffusée aux équipes.

Des EPP sur la douleur sont conduites et accompagnées par le CLUD: Prise en charge de la douleur en imagerie, douleur chez le patient traumatique au service des urgences

Cependant, l'évaluation de la douleur issue des questionnaires de satisfaction des patients n'est pas connue ni exploitée par le CLUD.

Par ailleurs, les résultats des indicateurs IPAQSS pour l'année 2014 sont en deçà de la moyenne nationale. Il n'y a pas eu d'audits conduits dans l'intervalle du recueil national. Une amélioration est constatée en MCO sur les résultats du recueil provisoire 2016. Cependant, ce score reste inférieur à la moyenne nationale.

Un projet d'audits cliniques ciblés mensuels est prévue à partir de janvier 2017.

Le bilan du CLUD est effectué en bureau du CLUD sans que les actions d'amélioration soient intégrées au PAQSS

### **A / AGIR**

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

Les pilotes du processus douleur assurent le suivi des objectifs du CLUD lors des réunions du bureau du CLUD deux fois par an.

Dans l'intervalle, des "staffs douleur" sont organisés 2 fois par an avec le Clud du centre hospitalier



d'Evreux et l'EMSP de cet établissement, de même, un staff trimestriel sur la prise en charge de la douleur est organisé en interne

Des supports et modalités de diffusion sont connus des professionnels, l'infirmière douleur a créé un chemin d'accès à la GED informatisée pour faciliter la consultation des protocoles douleur dans la base documentaire

Le bilan effectué en bureau du CLUD est présenté aux instances: CME, CSIRMT, COVIRIS et COMEDIMS et communiquée aux usagers.

En externe, l'infirmière douleur participe à l'Interclud Eure/Seine, aux Staffs douleur au CLUD du CH d'Evreux trimestriellement.

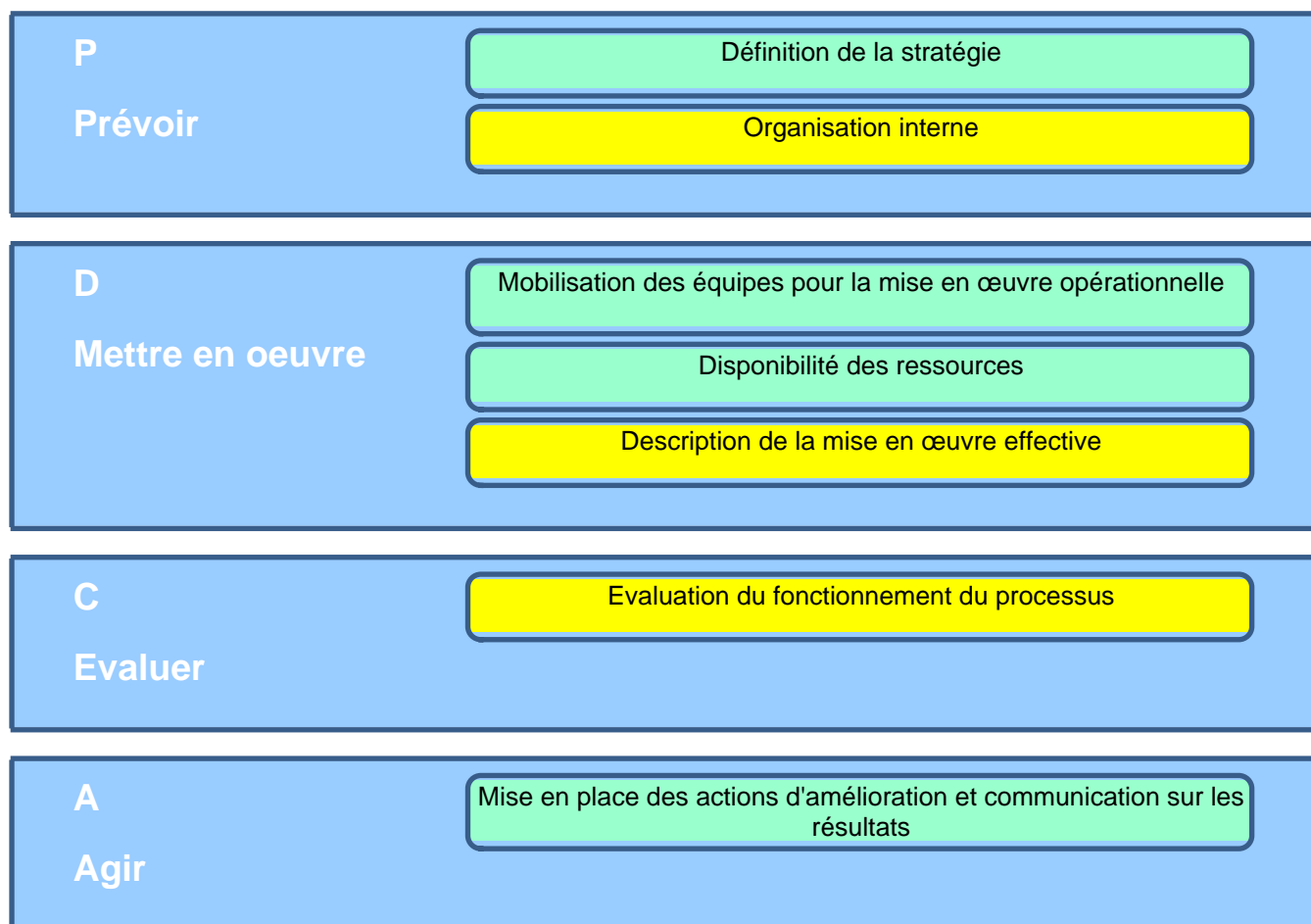
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le médecin responsable du groupe de travail « dossier patient » et la gestionnaire des risques liés aux soins ont rédigé en mars 2013 une note de deux pages sur la politique de gestion du dossier patient qui définit ce qu'est le dossier, précise que les règles de tenue et d'accès aux professionnels doivent être formalisées et que l'accès du patient à son dossier doit être assuré. Il indique enfin que cette politique évalue la gestion du dossier sur la base d'indicateurs qui conduisent si besoin à des actions d'amélioration.

Ce groupe dans le cadre de l'élaboration du compte qualité a défini sept risques prioritaires qui ont conduit à l'élaboration d'un plan de huit actions dont seuls deux sont reprises dans le PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Pour piloter le processus, l'établissement a mis en place en mars 2013 un groupe de travail « dossier patient ». Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis.

Le processus d'informatisation du dossier est en cours de finalisation et devrait s'achever fin 2016 par le SSR où ne subsisterait que le DPI existant pour le sanitaire alors que lors de la visite deux DPI coexistent. Les habilitations des professionnels quant à l'accès aux dossiers informatisés ont été définies par la CME et une traçabilité des « accès forcés » est en place. La version actuelle du progiciel n'est pas en conformité avec les règles de gestion du mot de passe, la nouvelle version qui devrait être mise en place fin 2016, remédiera à ce problème.

Les règles de tenue du dossier ne sont pas toutes formalisées. Au niveau de la GED de l'établissement, trois documents sont présents : un sur le contenu du dossier médical, un guide d'utilisation du dossier de soins informatisé, un sur les consignes générales de tenue du dossier patient papier. Mais, il n'existe aucune procédure ou autre document général définissant le dossier patient de l'établissement, avec les règles d'accès pour les professionnels habilités, sa composition et les règles de tenue.

L'établissement a organisé en conformité avec la réglementation, l'accès du patient à son dossier. A cet effet, est présent dans le livret d'accueil remis à chaque patient une fiche intitulée « les règles d'accessibilité aux informations de santé à caractère personnel ».

Les professionnels ont accès aux données issues des consultations ou hospitalisations antérieures. Les dossiers archivés sont localisables à tout moment et les locaux d'archives sont conformes aux exigences réglementaires.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

Les cadres de santé s'assurent de la déclinaison de la démarche institutionnelle dans leurs services. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats des évaluations, qui font également d'une diffusion dans le « bulletin qualité et sécurité des soins » à parution mensuelle et distribué avec la fiche de paie. Il existe un plan d'action propre au groupe dossier patient actualisé.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. En particulier les professionnels disposent d'un nombre suffisant de postes informatiques et de portables pour l'utilisation du DPI. Une réflexion est en cours sur le SSR afin que soit l'ensemble des locaux puissent être accessibles en wifi, soit envisager un déménagement dans de nouveaux locaux.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Chaque pièce du DPI ou du dossier patient est datée et comporte l'identité du patient ainsi que celle du professionnel qui a inscrit les informations. Pour les personnes en hospitalisation, les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans le respect des règles de confidentialité mais le document de sortie ne contient pas toujours les éléments nécessaires à la coordination en aval comme le montre l'indicateur « document de sortie » IPAQSS 2016.

Toutefois, l'accès à l'ensemble des éléments constitutifs des étapes de PEC n'est pas effectif en SSR. Il existe trois dossiers, deux dossiers informatiques et un dossier papier qui dans la pratique ne communiquent pas. De ce fait le dossier n'est pas unique et pour consulter l'ensemble des éléments

nécessaires à la prise en charge, le professionnel doit accéder successivement à trois endroits différents. De même, la traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient n'est pas effective : la douleur, l'IMC en SSR et aux urgences, les directives anticipées font l'objet d'une traçabilité partielle, comme le confirme la réalisation " des patients traceur" et le score des indicateurs IPAQSS. De même l'audit patient traceur montre qu'il n'y a pas d'observation médicale initiale tracée dans le DPI en chirurgie viscérale préalablement à l'intervention et qu'il n'y a pas de traçabilité systématique du consentement du patient dans le DPI. Il n'y a pas de recueil de la personne de confiance ni de traçabilité dans le dossier comme le montre l'audit patient traceur et la rencontre avec le pilote du processus. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation. Dans le rapport de la CRUQPC concernant l'année 2014, 41 demandes de dossiers de moins de 5 ans ont été faites avec un délai moyen de réponse de 4 jours.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement procède régulièrement au recueil des indicateurs IPAQSS concernant le dossier patient. Cependant, il n'évalue pas globalement la gestion du dossier patient. Lors de la rencontre avec les pilotes du processus du dossier patient, il a été confirmé qu'aucun audit général sur le dossier n'avait été réalisé.

## **A / AGIR**

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

Le groupe « dossier patient » a arrêté un plan d'actions 2016-2017 comprenant 10 items. Dans l'état actuel, pour chacune des actions il n'y a pas de pilote nommé désigné, mais en général une commission ou un service et aucun indicateur n'est désigné.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux services par l'intermédiaire des cadres de santé lors des réunions de service. Ils font également l'objet d'une diffusion dans le « bulletin qualité et sécurité des soins » à parution mensuelle et distribué avec la fiche de paie.

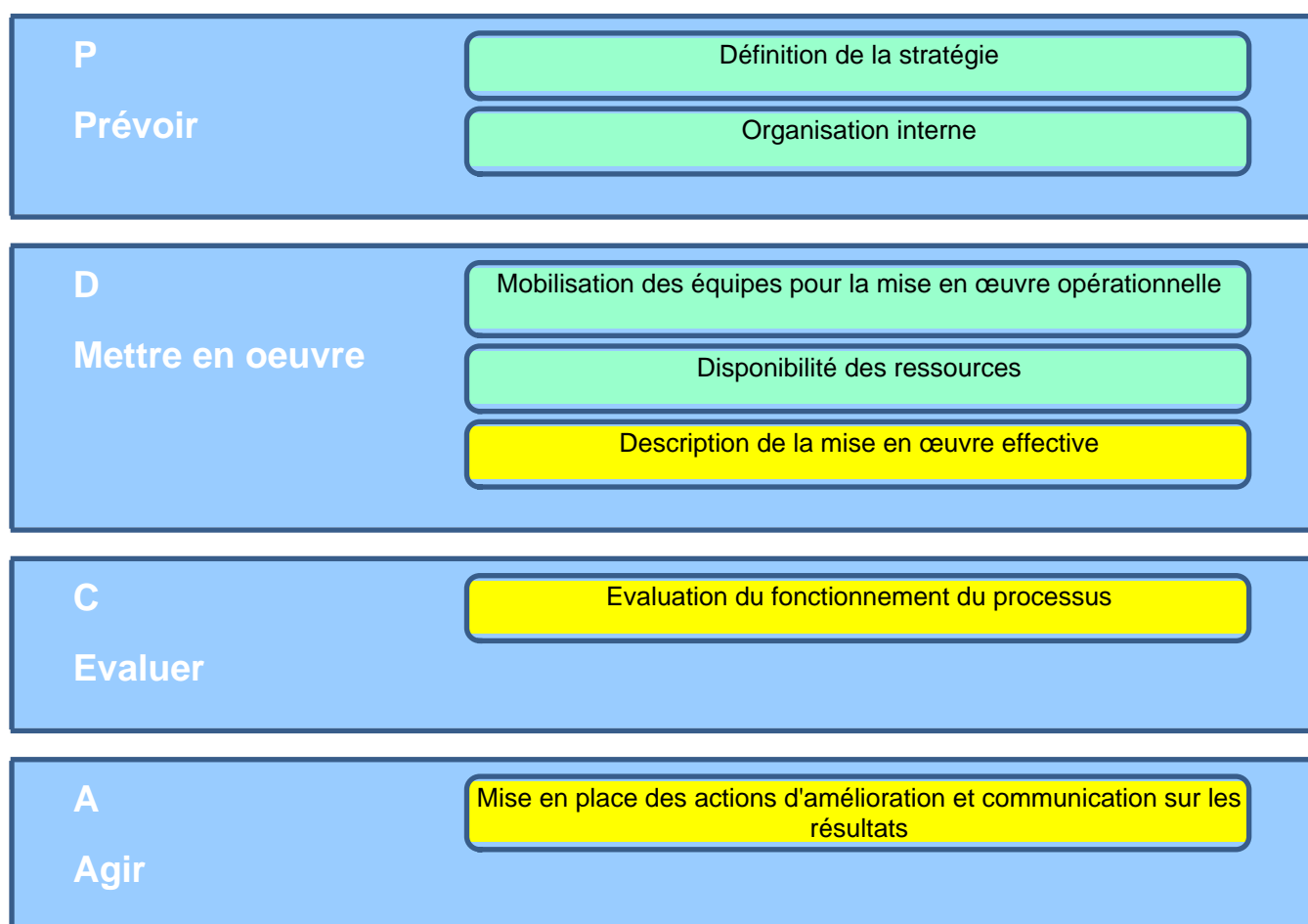
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Des éléments d'une politique de prise en charge médicamenteuse du patient ont été élaborés et actualisés en mai 2016. Ils ont été validés en Equipe Opérationnelle Qualité et Risques (EOQR). Ces éléments intègrent les exigences du contrat de bon usage des médicaments, les recommandations de la HAS, l'informatisation de la prescription, et mentionnent l'analyse des risques à priori et à postériori. La cartographie des risques de la PECM a été élaborée en concertation avec les professionnels cadres des services, elle intègre un axe sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. Un programme est formalisé annuellement.

Toutefois, la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient n'est pas totalement formalisée, car n'apparaissent pas les objectifs du programme, élaboré sur la base d'une identification des besoins. La cartographie de la PECM est constituée de l'identification des risques de chaque étape logistique et clinique du circuit du médicament. Les risques spécifiques (personne âgée, enfant, médicaments à risques) sont pris en compte et hiérarchisés selon la méthodologie mise à disposition par la HAS dans le compte qualité. Ils ont été analysés en concertation avec le corps médical et l'encadrement des services, des infirmières y ont participé.

L'informatisation est quasi complète, elle concerne l'ensemble des lits de MCO, SSR, service des urgences. Le déploiement total sur les 5 lits de chirurgie ambulatoire est planifié.

Un programme d'actions annuel, intégrant leurs modalités de suivi et les indicateurs est décliné et repris dans le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

La cartographie des risques de la PECM décrit de façon précise les étapes du circuit du médicament. Le pilotage du processus est assuré par la pharmacienne, responsable du management qualité de la PECM ainsi que de la pharmacienne gestionnaire des risques liés aux soins qui veillent également à la communication des résultats auprès des instances et des professionnels de terrain (journal "qualité et sécurité des soins" mensuel).

Les rôles et responsabilités de la responsable du management qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient sont formalisés dans une fiche de poste présentée aux experts-visiteurs. Mais cette fiche n'est pas datée, ni signée ni pour l'instant validée. Les cadres de santé sont les relais de la PECM pour leur service.

Il existe des règles de bonne prescription mises à disposition dans l'outil informatique, elles intègrent la prescription du sujet âgé, les médicaments à risques sont signalés par des "cibles " informatiques.

L'organigramme de la PUI est défini. Il existe une liste des prescripteurs habilités mise à jour à la pharmacie. La permanence pharmaceutique est organisée par des astreintes des deux pharmaciennes (procédure qui hiérarchise les appels et demandes en mode dégradé).

Des règles de respect de gestion, de rangement et de stockage des médicaments sont rédigées.

Des règles d'administration sont définies allant jusqu'à la traçabilité de l'acte, ce sont des procédures à disposition dans la gestion documentaire informatisée.

Une formation est dispensée par les deux pharmaciennes aux cadres de santé, aux infirmiers et lors de la journée des nouveaux arrivants, elle intègre les 12 "Nevers Evens", un quizz "circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse du patient" complète ce dispositif.

Des protocoles, guides de bon usage, recommandation de bonnes pratiques de prescriptions et dispensation élaborées depuis 2007 sont intégrées dans la GED informatisée.

Le livret thérapeutique a été actualisé récemment, il contient les recommandations sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé et de l'enfant, des protocoles spécifiques complètent les recommandations nécessaires à ces deux prise en charge

La dispensation est globalisée deux fois par semaines dans les services, les médicaments sont livrés dans des containers sécurisés, leur rangement et leur stockage dans les services a été revu en collaboration avec l'encadrement

L'informatisation de la prescription est en place dans les services (95% des lits), elle comprend le traitement de l'entrée à la sortie incluant le traitement personnel du patient. Les règles d'administration des médicaments figurent dans une procédure accessible dans la GED informatisée ("guide de bonnes saisies de la prescription médicale informatisée")

La traçabilité de la distribution du médicament au patient est effectué par l'infirmière sur le poste informatique du chariot de soins au moment de la prise.

Une sensibilisation aux déclarations des erreurs médicamenteuses est effectuée par les pharmaciennes avec le relai de l'encadrement de proximité. Des CREX sont traités avec les professionnels, les comptes rendus diffusés dans le bulletin qualité mensuel, les résultats des audits conduits affichés dans les services. 12 CREX ont été conduits en 2015 sur 18 EIG sur le circuit du médicament

Le local de la PUI n'est pas conforme et ne respecte pas les normes de sécurité incendie. La pharmacie est

vétuste et exigüe, le stockage des dispositifs médicaux non stériles est effectué dans un couloir faute de place, il n'existe pas de détecteurs de fumée, le local de rétrocession installé récemment ne permet pas l'accès aux personnes en situation de handicap.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres de santé déclinent les objectifs du programme PECM pour leur service, certaines infirmières (en SSR par exemple), participent à des actions du programme. De part leur présence sur le terrain, les pharmaciennes assurent le suivi du programme et sensibilisent les professionnels à la déclaration des événements indésirables liés au médicament

Ces derniers font l'objet de sensibilisation régulières, 18 EI ont été déclarés en 2015, 12 ont donné lieu à des CREX avec les professionnels concernés

Les pharmaciennes s'assurent de la conformité des pratiques par des audits et contrôles qualité organisés dans le programme annuel PECM

Les actions de communication sont intégrées au bulletin "qualité et sécurité des soins" mensuel remis avec le bulletin de paie, et relayées par l'encadrement de proximité

Les référents pharmacies sont de fait les cadres de santé, ils déclinent pour leur service les actions du programme PECM (conduite de l'auto évaluation avec l'outil Interdiag, audits sur le circuit du médicament, sensibilisation à la déclaration des événements indésirables sur le médicament, relai des retour des CREX...).

Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement constatés ou des résultats des audits comme par exemple, agencement des armoires à pharmacie intégrant une identification des médicaments à risques engagée dans un service, avec un programme de déploiement sur l'ensemble de l'établissement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont mises en œuvre pour assurer le programme PECM à la pharmacie et dans les services, les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine.

Une formation est inscrite au plan de formation en 2014, 2015, 2016 planifiée par semestre (médicaments à risque, 12 Never Evens, cartographie des risques), des infirmières et cadres de santé y participent. Dans l'intervalle, une sensibilisation est conduite auprès des nouveaux arrivants et dans les services (circuit du médicament et remise d'un livret explicatif).

Les services sont équipés d'outils informatiques sur les chariot de distribution des médicaments, un réaménagement du local de stockage des spécialités pharmaceutiques est en cours: mise en place dans le service de médecine à orientation cardiologique d'une armoire avec rangement des médicaments à risques, projet en cours pour un déploiement dans les autres services.

La gestion documentaire informatisée centralise la totalité des documents: protocoles médicamenteux, protocoles sur le circuit du médicament, recommandations et fiches de bon usage, livret thérapeutique, possibilité pour les médecins d'accès à des protocoles spécifiques lors de la prescription. Un classeur "papier" est maintenu dans les services en cas de panne informatique.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription médicales ne sont pas toujours respectées. En dehors de la présence médicale (garde et astreinte du médecin), les professionnels rencontrés ont fait part dans différents services (médecine et chirurgie notamment), que des prescriptions orales étaient une pratique fréquente, sans référence à un protocole. La régularisation se fait le lendemain par le médecin concerné, ce que confirme l'audit conduit par la PUI en janvier et février 2016.

De même l'audit patient traceur a montré qu'il n'y avait pas toujours de prescription exhaustive des médicaments administrés (Perfusion IV au bras, non prescrite dans le DPI, prémédication donnée et tracée dans les transmissions ciblées).

Une réflexion est engagée depuis mai 2016 par le groupe "Dossier Patient" pour régler les dysfonctionnements constatés sur la prescription médicale informatisée en service de chirurgie et bloc opératoire (prescription sur support papier, prescription orale en SSPI) ainsi que la prescription d'examen de radiologie dont des dysfonctionnements persistent en gynécologie/ obstétrique et aux consultations externes chirurgicales. L'analyse pharmaceutique à priori du traitement complet du patient incluant son traitement personnel est effectuée sur les lits informatisés en MCO par les pharmaciennes avec un accès au dossier médical du patient.

Toutefois, l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient n'est pas systématique. Dans les services où la prescription médicale est en support papier (service non informatisé) ou en SSR (logiciel de prescription différent imposant une copie de la prescription, moins bonne visibilité des données du patient, pas de module de validation pharmaceutique), l'analyse pharmaceutique est effectuée à posteriori par le pharmacien, par une impression hebdomadaire des ordonnances à la pharmacie pour leur validation pharmaceutique. Un protocole le précise. Les règles d'administration du médicament ne sont pas toujours respectées Un audit sur la traçabilité de

l'administration du médicament par les IDE a été conduit en janvier et février 2016. Il a mis en évidence que des glissements de tâche existaient en ce qui concerne l'administration du médicament effectué parfois par les aides soignantes. Une note de service a été adressée aux services précisant les règles à respecter.

La traçabilité de l'administration des médicaments par les infirmières est assurée dans le dossier informatisé en temps réel, dans les services de MCO. Mais en SSR, du fait de la coexistence de 2 logiciels, les infirmières impriment le plan de soin et tracent l'administration du médicament à postériori.

Le patient reçoit du médecin des informations orales sur le bon usage des médicaments, la pharmacie délivre des plaquettes d'information sur les risques liés à certains médicaments (anticoagulants, insuline,) qui sont distribuées par les IDE et mises à disposition dans les salles de consultations (exemple en cardiologie).

Le recueil des erreurs médicamenteuses est engagé, des CREX ont été conduits depuis 2015 comprenant l'analyse des EI et la mise en place d'actions d'amélioration.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'analyse des erreurs médicamenteuses est effectuée par les pharmaciennes avec les professionnels des services déclarants au travers de CREX.

Le programme de la PECM intègre l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des objectifs déterminés sur la base d'outils identifiés.

Des audits et contrôles qualités sont organisés: traitement personnel du patient, respect des dosages, retour des médicaments à la pharmacie, gestion des stocks et des armoires à pharmacie. Le programme intègre des indicateurs (IPAQSS, exigences internes, consommation).

Cependant, un dispositif structuré d'évaluation du processus Prise en charge médicamenteuse n'est pas mis en œuvre.

Un audit complet du circuit du médicament est prévu en octobre 2016.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du programme de la PECM sont intégrées au programme d'actions institutionnel. Elles tiennent compte des évaluations et audits conduits (3 EPP sur le circuit du médicament sont en cours, des audits et contrôles qualité réguliers, résultats des IPAQSS).

Suite à l'audit conduit en janvier 2016 sur les règles d'administration du médicament par les infirmières, une note de rappel a été affichée dans tous les services, des règles d'engagement sont exigées de chaque IDE.

Suite aux audits conduits sur la traçabilité de l'administration du médicament en 2014, (réserve émise en 2013, certification V2010), et 2016, un protocole a été élaboré interdisant les recopies, ainsi qu'une "charte d'engagement", et un rappel des consignes lors de la formation dispensée sur le circuit du médicament par les pharmaciennes.

Cependant, les actions d'amélioration et de communication des résultats des évaluations ne sont pas structurées à l'échelle de l'établissement.



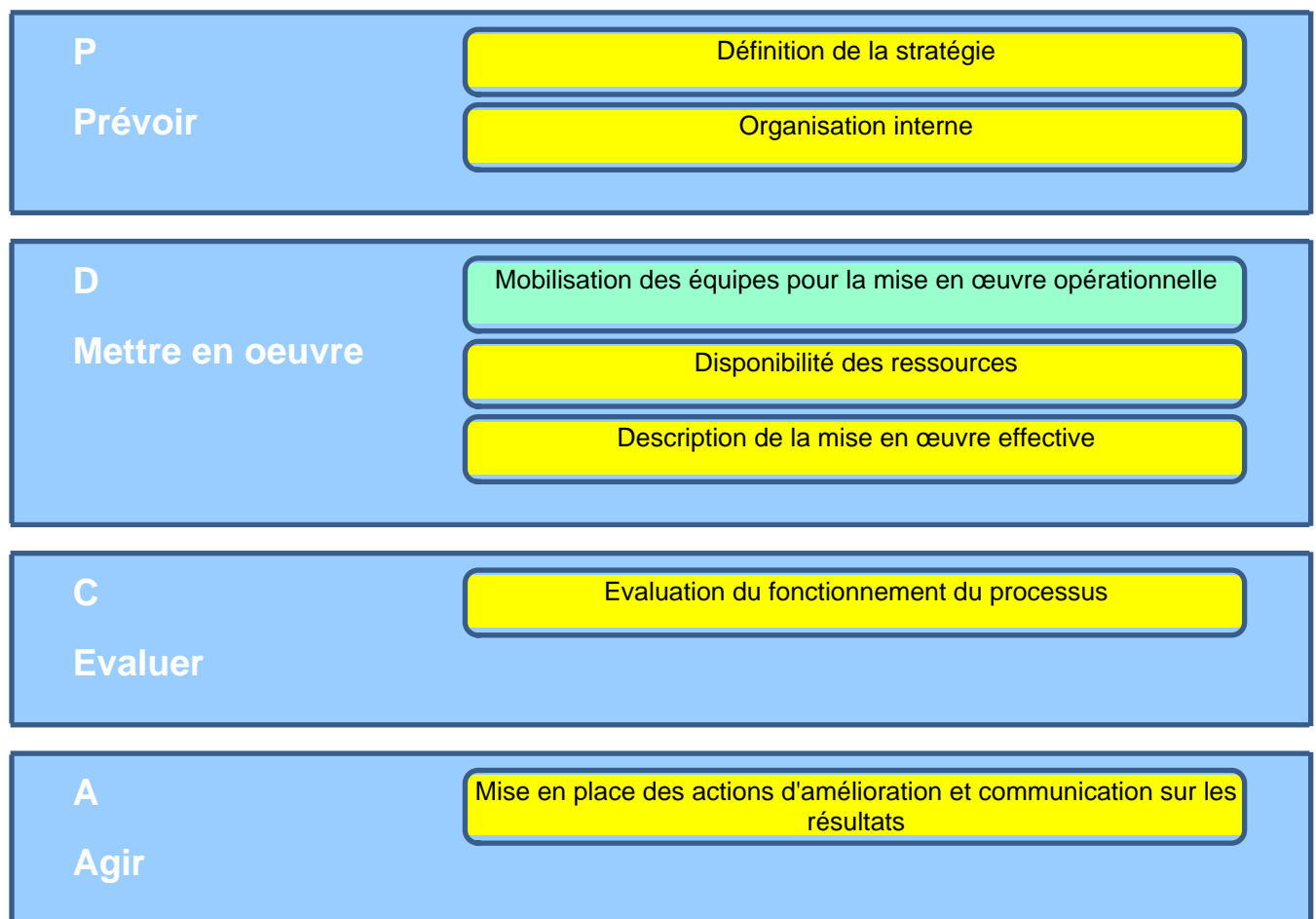
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le centre hospitalier de BERNAY dispose d'une autorisation de structure d'urgence et d'une antenne SMUR rattachée au SAMU 27, dont le dossier de demande de renouvellement est en cours d'étude par l'ARS. L'élaboration du nouveau projet d'établissement 2016-2020 est en cours d'écriture. Il comprend un volet médical sur la prise en charge des urgences et des admissions non programmées, en relation avec les objectifs du SROS Urgences qui préconise une organisation de l'offre de soins sur le territoire, une meilleure articulation avec la médecine de ville et une amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de l'efficacité. Une charte de fonctionnement du service des Urgences a été très récemment rédigée par le chef de service et la cadre de santé, validée institutionnellement et diffusée sur intranet depuis fin avril 2016. Néanmoins, le secteur des urgences n'a pas identifié d'objectifs d'amélioration pour la plupart des risques identifiés. A partir d'une analyse des process basée sur la méthode AMDEC, le chef de service et la cadre de santé ont identifié et hiérarchisé leurs risques. Cette cartographie des risques a abouti à la définition de quelques actions d'amélioration sans plan d'action formalisé (pas de pilote, ni échéance, ni indicateurs de suivi). Il n'y a pas eu de parcours patients spécifiques selon la typologie des patients admis aux urgences.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la structure d'urgence repose sur le chef de service et la cadre de santé. Le service fait partie du Pôle Urgences-SMUR-Maternité. Mais l'organisation du service des urgences n'est pas formalisée au sein d'un réseau des urgences sur le territoire. Le centre hospitalier de BERNAY n'a signé aucun partenariat ni aucune convention pour participer à un réseau régional des urgences (en cours de constitution sur le territoire). Les secteurs de prise en charge sont définis avec une zone d'accueil des urgences, une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée et un Service Mobile d'Urgence. Les effectifs en personnels médicaux et non médicaux sont définis pour l'organisation mise en place. Les besoins en formations des soignants sont identifiés et pris en compte dans le plan de formation annuel de l'établissement. La formation des infirmiers à l'accueil et à l'orientation est initiée depuis 2 ans, dans l'objectif de la mise en place de ce poste d'IOA après la restructuration envisagée du service des urgences. Toutefois les rôles et responsabilités des personnels ne sont pas tous définis. Il existe des fiches de poste pour les paramédicaux et les agents administratifs, mais pas pour les personnels médicaux. Il n'y a pas d'organigramme du pilotage de la structure d'urgence formalisé. Les circuits de prise en charge des patients sont organisés et formalisés dans la nouvelle charte des urgences avec une filière "patients debout" pour les consultations non programmées et la petite traumatologie et une filière "patients couchés" pour les patients médicaux ou graves, disposant de deux entrées distinctes. Cependant au moment de la visite, les circuits de prise en charge n'étaient pas formalisés selon la typologie des patients. Il n'existe pas de circuit dédié à la prise en charge des enfants, ni de locaux spécifiques pour les prises en charge pédiatrique, gériatrique, psychiatrique. L'accès aux plateaux techniques et le recours aux avis spécialisés sont prévus et organisés. Toutefois, la concertation inter-secteurs n'est pas totalement organisée. L'établissement n'a pas mis en place de Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées permettant la concertation entre les responsables de services et les pilotes de la structure d'urgence pour traiter les dysfonctionnements récurrents. Les protocoles validés, actualisés et disponibles dans la gestion documentaire correspondent aux modalités d'administration des médicaments (y compris d'urgence) et à la prise en charge de la douleur (chez l'enfant et disponibles au centre hospitalier). Mais la plupart des ressources documentaires nécessaires à la prise en charge des urgences n'existe pas. La gestion documentaire ne comporte pas de procédures de prise en charge des patients dans les domaines de l'urgence vitale (Syndrome coronarien aigu, détresse respiratoire, hémorragie digestive...). Il n'y a pas non plus de protocoles d'orientation des patients gériatriques, pédiatriques ni psychiatriques, conformément aux recommandations des sociétés savantes. Les protocoles d'antibiothérapie en version papier affichés dans les salles d'examen, non datés, sans format qualité ne correspondant pas au dernier protocole d'antibiothérapie de première intention actualisé et validé par le CLIN en 2015. Le service ne dispose pas de protocole de contention validé au sein de l'établissement, malgré la population à risque admise régulièrement aux urgences. Il n'y a pas de procédure d'admission dans les services d'hospitalisation formalisée.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La cartographie des risques élaborée à partir de la méthode AMDEC a été réalisée par le chef de service et la cadre de santé, aidés de la responsable qualité. Une présentation en a été faite aux professionnels du service.

Les pilotes organisent et animent deux réunions de service par an, au cours desquelles sont présentés le bilan annuel et les actions d'amélioration réalisées.

La cadre de santé, un infirmier et deux aides-soignants sont correspondants du CLIN et du CLUD pour le service et participent aux instances. Cependant les professionnels participent très peu à la déclaration des événements indésirables. Malgré une sensibilisation récente de la Directrice de la Qualité et sécurité des soins à l'incitation à la déclaration des événements indésirables et la présence d'une charte d'incitation à la déclaration, le taux de fiches d'événements indésirables initiées par le service des urgences est très faible, sans participation à leur analyse, ni retour d'expérience organisé.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les médecins urgentistes participent occasionnellement à des congrès d'urgences ou à des staffs auprès de médecins généralistes locaux.

Le personnel du SMUR bénéficie de matériels adaptés et de formations spécifiques (notamment au risques NRBC) en partenariat avec le SAMU ou les Sapeurs Pompiers. Les paramédicaux des urgences bénéficient de formations dédiées (déchoquage, AVC, gypsothérapie) ou institutionnelles (douleur).

Mais les professionnels ne sont pas tous formés à l'accueil et à l'orientation. Au jour de la visite, seules 7 IDE sur un effectif de 14.8 ETP ont été formées, et uniquement du personnel de jour.

Les ressources en effectifs ne sont pas toutes disponibles. L'effectif réel des médecins urgentistes est nettement insuffisant pour combler les besoins définis pour assurer les deux lignes de garde sur place conformément à l'organisation décrite dans la charte des urgences et le dossier de renouvellement d'autorisation d'urgence (en cours), justifiant un recours majeur à l'intérim.

Des procédures existent dans la gestion documentaire relativement spécifiques sur la prise en charge des AVC, l'accueil du patient aux urgences, le matériel de SMUR... La dernière version du plan blanc date de janvier 2015. Le dossier du patient est informatisé à partir de l'accueil des urgences, tant pour la partie dossier de soins que pour la prescription médicamenteuse. Le logiciel informatisé commun à tous les services de l'établissement permet une coordination entre les professionnels référents du patient.

Les demandes de biologie, d'imagerie conventionnelle et de scanner sont effectuées sur des bons manuscrits, avec un retour des résultats sur le serveur informatique et intégrés au dossier du patient.

Les locaux ne permettent pas d'assurer la sécurité totale et la surveillance des patients admis aux urgences. La configuration des locaux du service des urgences pourtant récents permet la libre circulation de personnes étrangères au service (patients, visiteurs...). Le couloir périphérique donnant un accès direct vers la radiologie et la mezzanine de la maternité jouxte la zone d'attente des patients de la zone allongée (dont les patients psychiatriques). Aucune porte du secteur des urgences n'est fermée ni sécurisée.

Le local intermédiaire de déchets est sécurisé mais ne comporte pas de container spécifique pour le recueil des sacs DASRI (posés par terre avant ramassage).

La confidentialité des patients aux urgences n'est pas respectée. Le positionnement de l'agent administratif et de l'aide-soignant d'accueil au niveau de l'entrée "piétons" jouxtant la salle d'attente des accompagnants ne permet pas la confidentialité des données du patient.

L'intimité des patients aux urgences n'est pas toujours respectée. Au niveau de la zone "allongée", certains patients sont positionnés dans le couloir le l'UHCD, derrière des paravents, même lorsque des chambres sont disponibles, dans le but d'assurer une surveillance visuelle constante, mais ne respectant pas l'intimité du patient vis-à-vis des autres patients admis dans cette zone. Cet état de fait est identique pour les patients de la salle d'attente "allongée".

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une organisation permet la connaissance des lits disponibles en temps réel au sein de l'établissement par le logiciel informatique administratif institutionnel. Les cadres effectuent néanmoins toujours un appel téléphonique trois fois par jour pour tracer le nombre de lits disponibles sur le tableau dédié des urgences.

Le recours aux avis spécialisés est disponible grâce aux tableaux de gardes et d'astreinte mensuels validés et diffusés, pour les spécialités de médecine gériatrique et cardiologique, chirurgie viscérale et orthopédique, gynéco-obstétrique, anesthésiste et radiologique. Pour les autres spécialités (pédiatrie, neurologie, USIC), des conventions ont été signées pour le transfert des patients vers un plateau technique ou un service de spécialité des centres hospitaliers ou cliniques environnantes.

Les circuits du linge, du matériel et des déchets sont définis, connus des professionnels et effectifs. La

permanence des soins est assurée.

Le centre hospitalier a développé une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés avec des consultations ou des hospitalisations programmées dans certaines spécialités.

L'accueil des patients aux urgences est assuré par des professionnels non qualifiés et sans échelle de tri. La fonction d'IOA est actuellement assurée par des aides-soignants qui appliquent le protocole d'accueil validé institutionnellement, sans échelle de tri (comme le préconise la Société Française de Médecine d'Urgence) alors que plusieurs infirmiers sont formés et qu'un local existe à l'entrée de la zone "allongée".

## **C / EVALUER**

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

Le chef de service et la cadre de santé effectuent un bilan annuel présenté aux professionnels des urgences au cours de la première réunion de service de l'année. Les indicateurs quantitatifs sont recueillis mensuellement (nombre de passages, d'ATU, d'hospitalisations directes, d'UHCD, de transferts).

Les plaintes et réclamations suivent le parcours institutionnel. Les courriers arrivant à la Direction sont transmis aux pilotes des urgences qui analysent le dossier du patient concerné, rencontre le plaignant et formule un rapport circonstancié à la Direction.

Deux EPP ont été réalisées portant sur l'une sur la pertinence des examens de biologie et l'autre sur l'accueil des patients aux urgences. Une présentation en a été faite aux équipes.

Toutefois le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence n'est pas réalisé. Les indicateurs de temps de passage et de temps de présence sont analysés une fois par an sur une période définie et ne prennent pas en compte le degré d'urgence.

Les professionnels n'organisent pas de revues de morbi-mortalité ni de retour d'expérience. La méthodologie des RMM et des CREX n'est pas développée dans le service des urgences.

## **A / AGIR**

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

L'EPP sur la pertinence des examens de biologie aux urgences a permis la mise en place d'un formulaire informatisé permettant la saisie pertinente et réfléchie des actes de biologie directement dans le dossier informatisé, assurant ainsi la conformité des demandes d'examens et permettant de diminuer le coût de la biologie.

L'EPP sur l'accueil du patient aux urgences a entraîné la validation institutionnelle et la mise en place de la formation d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation.

Cependant le PAQSS n'est pas réajusté en fonction des évaluations ni du suivi des indicateurs. Le PAQSS n'intègre que les actions découlant des risques inscrits dans le compte qualité.

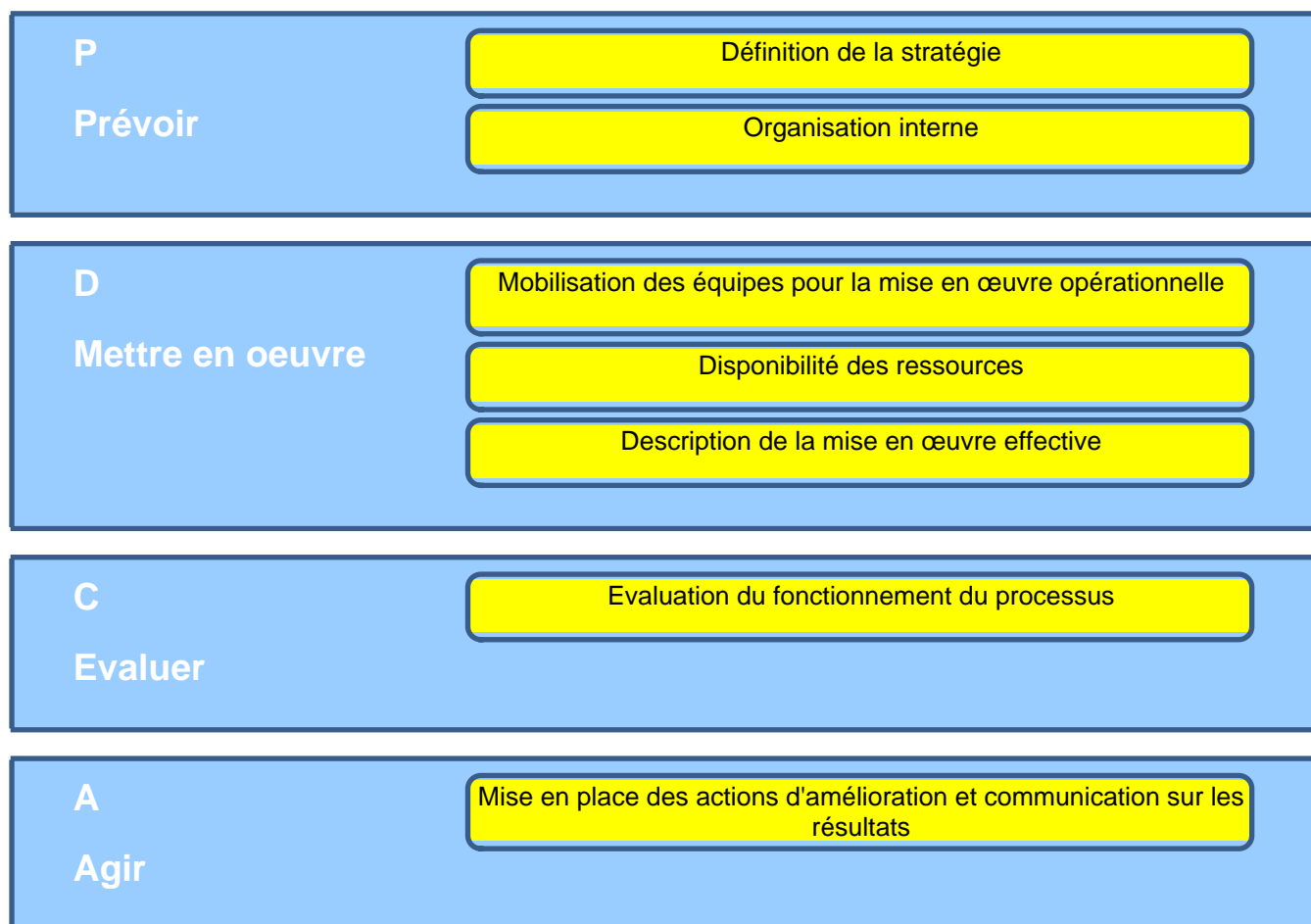
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Bloc opératoire de l'établissement assure une activité polyvalente chirurgicale et endoscopique, cette dernière activité représentant le plus grand nombre d'actes.

L'activité chirurgicale est polyvalente: orthopédie, viscéral, urologie, vasculaire, gynécologie ORL, ophtalmologie, stomatologie. L'activité s'exerce en hospitalisation complète et en circuit ambulatoire. Le secteur prend en charge des enfants en mode programmé, particulièrement en ORL, ou par le biais des urgences.

Il existe des contributions parcellaires récentes (Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Viscérale, Chirurgie ORL) ayant vocation à alimenter le projet médical, mentionnant des objectifs médicaux en fonction des évolutions de l'activité et du contexte régional (constitution du GHT).

Mais il n'y a pas de stratégie ni d'objectifs précis identifiés validés par les instances. Il n'y a pas de projet d'établissement finalisé, il n'y a pas non plus de projet médical global qui permettent de définir une stratégie formalisée, ni d'objectif précis.

Le secteur d'activité a réalisé une identification de ses risques avec une cartographie des risques (mode AMDEC), assortie d'une analyse des causes et une hiérarchisation. Cette cartographie prend en compte les différents modes de PEC tels que programmé, ambulatoire, adressé par les urgences par exemple. Certains items de cette cartographie font l'objet de plan d'action.

Les 3 risques inscrits au compte qualité concernent la conformité de la check list sécurité du patient, la maîtrise de l'aéro contamination, et le respect des précautions standard d'hygiène. Les plans d'action relatifs à ces risques sont inscrits au PAQSS institutionnel.

Toutefois la cartographie des risques est incomplète. Les risques ne sont pas priorisés, il n'y a pas de plan d'action d'amélioration associé au risque identifié.

De même le risque inscrit par l'établissement sous la thématique « Radiologie interventionnelle » concernant la « mauvaise utilisation de l'amplificateur de brillance au bloc opératoire » doit être rattaché en fait au processus « Management de la prise en charge au bloc opératoire ».

La prise en compte de ce risque a été motivée par une inspection de l'ASN (2013) pointant un certain nombre de dysfonctionnements concernant la radioprotection au bloc opératoire: ainsi "l'application de la réglementation devait s'améliorer avec un engagement d'actions correctives rapides" en particulier sur la radioprotection des travailleurs et des patients au bloc opératoire, ainsi que sur l'évaluation des risques et l'optimisation des doses délivrées au patient. Un plan d'action triennal a été mené avec communication des résultats au fur et à mesure à l'ASN. Il restent des actions résiduelles qui sont décrites dans un planning d'amélioration pour l'année 2016, avec certaines d'entre elles réalisées au moment de la visite (protocoles de réalisation des actes radiologiques au bloc opératoire).

**ORGANISATION INTERNE**

La charte de fonctionnement du bloc opératoire en vigueur date de 2013, elle est en cours d'actualisation. Elle définit entre autres la composition pluri-professionnelle du conseil de bloc. Mais la composition de ce dernier n'est pas conforme à la réglementation (circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000.) En effet il n'y a pas de médecin anesthésiste prévu au conseil de bloc dans la description de sa composition décrite dans la charte du bloc opératoire en vigueur ce que confirment les 5 PV de conseils de bloc tenus entre avril 2014 et mai 2016.

Le conseil de bloc est opérationnel, mais il devrait se réunir en principe 4 fois par an, et au vu des comptes rendus fournis, il ne s'est tenu que 2 fois par an en 2014 et en 2015.

La charte décrit l'organisation du bloc opératoire dont la programmation (réunion hebdomadaire le jeudi), avec description des plages opératoires, et gestion des urgences par le chef de bloc et recours éventuel au coordonnateur médical. Mais La charte de bloc de 2013 révisée en 2014, actuellement en vigueur n'est pas cohérente avec le fonctionnement actuel du bloc opératoire. Des changements significatifs sont intervenus dans l'intervalle:

départ du président du conseil de bloc il y a 6 mois, modification de l'effectif de chirurgiens, donc d'activité et de plages opératoires.

L'annexe "stérilisation" date de 2011. Le dossier patient s'est progressivement informatisé dans l'intervalle entraînant des modifications de mise en œuvre des pratiques quotidiennes.

Le fonctionnement de l'UCA n'est pas formalisée. Il n'y a aucun volet relatif au fonctionnement de l'UCA dans la charte de bloc opératoire.

Le pilotage est assuré par le président du conseil et la chef de bloc.

Le président du conseil de bloc est gastroentérologue exerçant au CH de Bernay depuis de nombreuses années, et effectuant un grand nombre d'endoscopies; il est présent à mi-temps sur le site. Son élection est récente (mai 2016).

La chef de bloc est actuellement une IBODE faisant fonction de cadre durant la période de formation « cadre » de la chef de bloc institutionnelle. Il n'y pas véritablement de fiche de poste mais la répartition de ses tâches est affichée au bloc opératoire.

L'équipe médicale est constituée de 2 chirurgiens orthopédistes titulaires, d'un chirurgien viscéral, et de praticiens à temps partiels: ORL, ophtalmologiste, urologue, gynécologue. L'équipe chirurgicale est en cours de recomposition depuis plusieurs mois (départ, maladie, décès). Sur le plan anesthésique, l'établissement dispose d'un seul titulaire temps plein.

Le recours aux vacataires ou intérimaires est important avec une volonté affichée par l'établissement de fidélisation des praticiens.

L'effectif en personnel paramédical IADE, IBODE, IDE, AS est prévu de façon à assurer la permanence des soins au bloc opératoire.

Le brancardier de l'établissement est majoritairement affecté au bloc opératoire. L'ingénieur biomédical du CH d'Evreux est détaché une partie de son temps pour assurer la gestion du matériel. Le service technique de l'établissement assure quant à lui la gestion de l'air, des fluides médicaux etc.

L'infirmière hygiéniste est associée à la maîtrise du risque infectieux.

La PCR de l'établissement est en charge de l'application de la réglementation en matière de radioprotection au bloc opératoire.

Des formations spécifiques et transversales (internes et externes) sont prévues pour chaque catégorie de personnel: école des cadres, formations complémentaires module 5 pour les IBODE, préparation au concours d'IBODE pour une IDE, conduite d'autoclave, formation hygiène, par exemple.

Le bloc dispose de locaux récents ; il y a 4 salles d'opération dont une est en permanence réservée pour les césariennes en urgence ; l'une d'entre elles est plus particulièrement dédiée à l'endoscopie. La SSPI dispose de 5 places. il y a également une pièce réservée aux soins du nouveau-né. Le dépôt de sang est situé dans le bloc opératoire et assure la disponibilité du sang pour tous les secteurs notamment de la salle de naissance. L'UCA est mitoyenne du bloc.

Les achats de matériel sont prévus.

La documentation disponible sur la GED de l'établissement au chapitre "Bloc Opératoire" comprend la Charte du bloc opératoire et uniquement 3 protocoles de terrain: "Accueil du patient", "Ouverture quotidienne de la salle d'opération", "Liste des documents à remplir en salle d'opération" toutes diffusées fin mai 2016. Les autres documents sont des documents d'enregistrement.

Les autres documents disponibles sont répartis dans les chapitres thématiques tels que "Médicament", "Hygiène" ou "Imagerie" pour les protocoles de réalisation des actes radiologiques au bloc opératoire. Toutefois, la majorité de la documentation nécessaire à la PEC du patient au bloc opératoire n'est pas formalisée. Par exemple, il n'y a pas de procédure relative à la sortie du patient en UCA, à la sortie du patient de SSPI ; il n'y a pas de procédure relative à la PEC des enfants qui représentent une proportion significative des patients du bloc opératoire.

La documentation nécessaire au fonctionnement du bloc est très majoritairement sous format électronique de même que les tableaux de maintenances des matériels. La traçabilité des autres contrôles sont sous format papier.

Le bloc est en très grande partie informatisé : programmation, prescriptions médicales, check list sécurité, transmissions à l'IDE de SSPI. Les échanges d'information sont organisés entre les services de soins, les autres intervenants dans la prise en charge du patient ( informatique ou papier) entre les différents secteurs.

Les circuits sont prévus, les circuits propres et sales ne se croisent pas.

Une réunion de régulation mensuelle avec la stérilisation est prévue; une IBODE/IDE est présente en stérilisation chaque jour.

Toutefois, la majorité de la documentation nécessaire à la PEC du patient au bloc opératoire n'est pas formalisée. Par exemple, il n'y a pas de procédure relative à la sortie du patient en UCA, à la sortie du patient de SSPI, il n'y a pas de procédures relatives à la PEC des enfants qui représentent une proportion significative des patients du bloc opératoire.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres de pôle et de bloc opératoire communiquent sur les thèmes d'amélioration de façon orale non formalisée. Les plans d'actions sont déclinés. Les résultats d'audit de pratiques en terme d'hygiène sont communiqués. La check list a été informatisée et cette nouvelle version a été présentée aux professionnels. La régulation des activités au bloc opératoire est effective: programmation en amont au cours du staff du jeudi auquel participent le responsable de l'UCA et la cadre sage femme. Le programme est ensuite transmis aux unités de soins concernées. Le programme quotidien est affiché de façon anonymisée au bloc opératoire. Si nécessaire la régulation des urgences est effectuée sans problème par la chef de bloc.

Les réunions de services paramédicales sont organisées 2 fois par an pour communiquer; sinon les dysfonctionnements sont évoqués oralement.

Les cadres s'appuient sur des référents hygiène (AS, IBODE), médicament (IADE) et formation (IBODE).

Les professionnels participent peu à la déclaration d'événements indésirables (3 EI déclarés en 2015). La déclaration des événements indésirables est peu pratiquée par les professionnels rencontrés tant au bloc opératoire qu'en UCA. Ils ne sont pas sollicités pour l'analyse des causes ; ils disent ne pas avoir régulièrement de retour sur leur déclaration.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences sont disponibles en adéquation avec l'activité.  
Les formations prévues sont effectives (hygiène par exemple). L'intégration des nouveaux arrivants paramédicaux est assurée sous la conduite de la référente IBODE "formation".  
L'entretien des locaux est effective avec traçabilité informatique du bio-nettoyage, les contrôles des surfaces effectués.  
Le matériel est entretenu, les maintenances préventives et curatives effectuées et tracées. Les contrôles d'air, des fluides médicaux, des pressions sont effectués et tracés avec intervention systématique du prestataire concerné en cas de dysfonctionnement. Cependant, en UCA, le matériel nécessaire à la PEC d'une urgence vitale n'est pas accessible facilement. Le matériel d'urgence est enfermé à clé dans une armoire située dans la poste de soins infirmiers, la clé étant mise dans un tiroir à proximité ; cet endroit n'est pas connu de tous les personnels au moment de la visite de secteur.  
De ce fait, la documentation disponible sur la GED est difficile à exploiter. Les procédures relatives à l'hygiène au bloc sont dans le chapitre "hygiène", et celles à l'antibiothérapie sont dans le chapitre "médicaments". Ces documents ne sont pas repris sous la thématique bloc opératoire.  
La recherche par "mots clés" ne pallie pas cette complexité d'utilisation.  
À l'UCA, un dossier est remis à chaque patient regroupant toutes les étapes de sa prise en charge et qui décrit tout le processus avec toutes les informations nécessaires.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations et les circuits prévus.  
La programmation est effectuée avec un logiciel de programmation pour toutes les interventions.  
La check-list sécurité du bloc opératoire est mise en œuvre conformément aux bonnes pratiques.  
Les circuits sont majoritairement respectés et tracés (ouverture des salles, bio-nettoyage, etc). En UCA, les conditions de sortie sont connues, avec une signature médicale finale, bien qu'aucune procédure formalisée ne soit retrouvée dans la base documentaire. Il n'y a pas d'appel de la veille en UCA. Les professionnels rencontrés dans l'UCA (IDE, secrétaire) ont confirmé que l'appel de la veille n'était pas prévu, ni réalisé.  
Le circuit des DMI est opérationnel. Le brancardier met en œuvre un bio-nettoyage entre les patients.  
La stérilisation est effective à tout moment puisqu'en dehors des heures ouvrables, les IBODE sont formées à la conduite d'autoclave.  
La maîtrise du risque infectieux est incomplète au sein du bloc opératoire. La zone de transfert n'est pas utilisée comme telle, le transport des patients s'effectue sur un seul et même brancard de son lit hospitalisation, ou d'UCA directement en salle d'opération.  
L'intimité et la confidentialité ne sont pas toujours assurées.  
La zone de transfert est utilisée comme zone d'attente, où la première partie de la check list sécurité est régulièrement effectuée. Compte tenu de la relative exigüité des locaux, et en fonction du nombre de patients, il est difficile pour les professionnels d'assurer l'intimité et la confidentialité.  
Il a été constaté lors de l'investigation terrain que dans le local SSPI, des paravents sont présents dans la salle pour pouvoir isoler les patients mais qu'en pratique ils n'étaient pas utilisés.  
L'organisation de la visite pré-anesthésique ne permet la sécurité de tous les patients. Cette situation a été observée lors du patient traceur "enfant en hospitalisation complète de chirurgie". Le parent présent auprès de l'enfant n'a pas rencontré d'anesthésiste préalablement à l'entrée de son enfant au bloc opératoire. Si la visite pré-anesthésique a eu lieu au sein du bloc, le parent n'a donc pas été interrogé sur l'état de santé de son enfant au cours des jours précédents l'intervention.  
Les exigences réglementaires en termes de radioprotection au bloc opératoire ne sont pas respectées ni en termes de radioprotection des travailleurs ni en termes de radioprotection des patients. Une majorité des chirurgiens utilisateurs et exposés aux rayons X n'ont pas suivi de formation à la radioprotection ; ils ne peuvent pas en fournir d'attestation malgré les relances de la PCR.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs IPAQSS TDA et HN; il a récemment audité la conformité de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire selon la méthode de la HAS.  
Il dispose également d'indicateurs de volume d'activité, de taux d'occupation par exemple; il y a eu un audit interne sur le bio-nettoyage, et l'IDE hygiéniste prévoit une visite interne de risques pour septembre 2016.  
L'assureur de l'établissement a fait une visite de risques en mai 2016 dont les résultats sont en cours d'analyse.  
Les RMM ne sont pas régulièrement organisées dans ce secteur. Une seule RMM a eu lieu en 2015, il n'y a pas eu de RMM effectuée antérieurement.



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

A la suite de l'audit interne sur le bio-nettoyage, un rappel des bonnes pratiques et formation des AS sur les précautions standard et le bio-nettoyage a été par l'infirmière hygiéniste.

Les résultats des indicateurs, notamment IPAQSS, ne donnent pas lieu a des plans d'action d'amélioration. Les résultats persistant (confirmé sur les résultats non consolidées de la dernière campagne de recueil) n'ont pas été pris en compte dans l'analyse de risques, ni fait l'objet d'action d'amélioration.

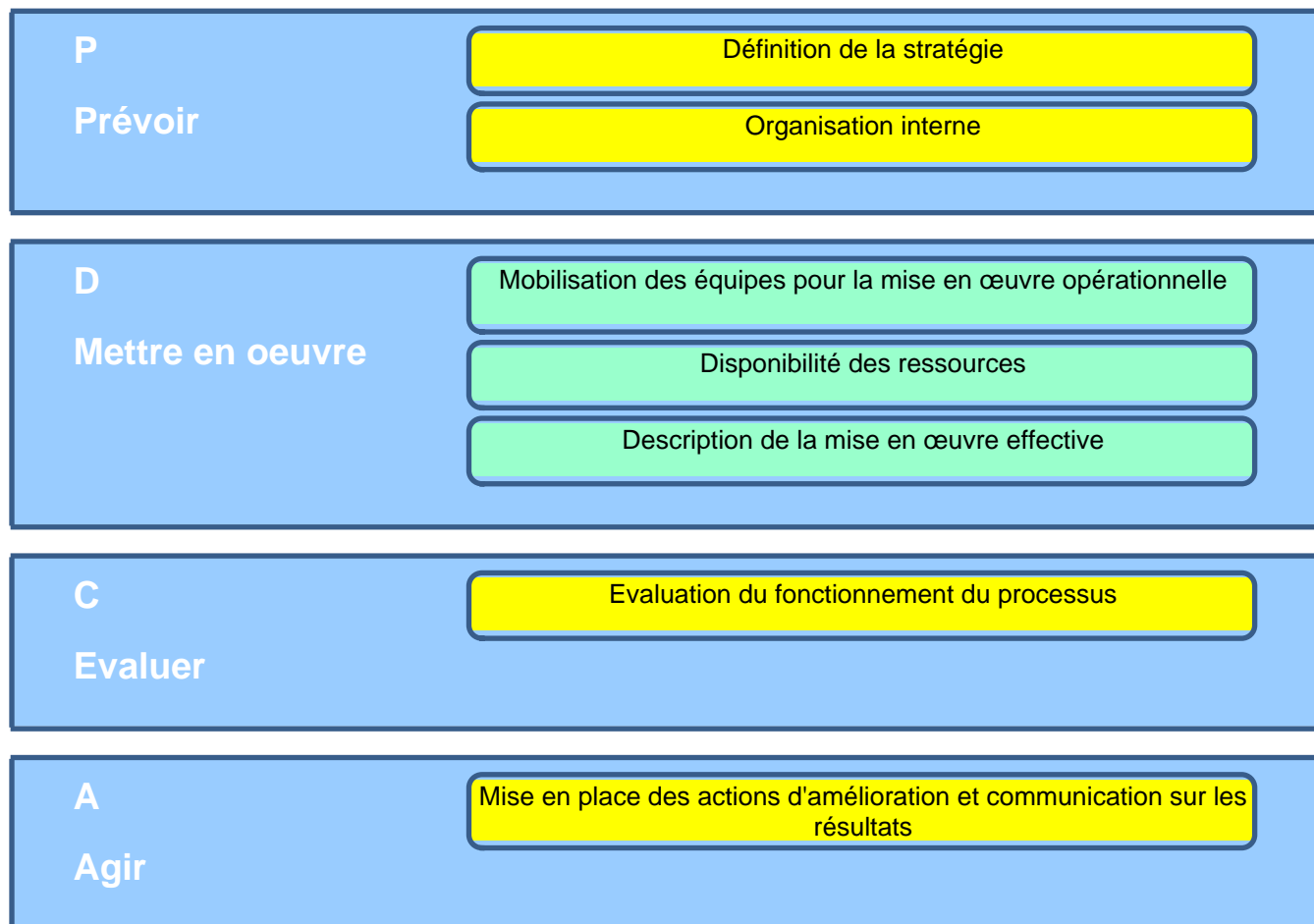
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'imagerie interventionnelle est effectuée exclusivement dans le service d'imagerie. Elle est constituée en 2015: d'arthroscanner (122), d'opacification articulaire/infiltrations sous contrôle radiologique (34), ponction-biopsies guidées sous scanner, 8 gestes sous échographie. Des drainages sous guidage scanographique pour des patients hospitalisés sont possibles.

Cette activité est très majoritairement programmée, effectuée par un seul radiologue (Chef de service temps plein). Il n'y a pas d'autre intervenant impliqué; il n'y a pas de nécessité de continuité des soins pour cette activité.

Le processus de PEC est décrit par un logigramme avec identification des points sensibles du processus.

Il n'existe pas de stratégie institutionnelle en rapport avec l'activité de radiologie interventionnelle. Il n'y a pas de programme d'action institutionnel formalisé et priorisé sur ce processus. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'une stratégie globale d'identification des risques.

Il n'y a pas de plan d'action d'amélioration propre au service d'imagerie sur le processus d'imagerie interventionnelle. Le document "Grille d'analyse de processus selon les étapes PDCA" comportant quelques plans d'action, ne comprend pas d'item spécifique à l'imagerie interventionnelle.

#### ORGANISATION INTERNE

Il n'y a pas de pilotage organisé, ni d'organisation prévue. En l'absence d'identification de l'activité de radiologie interventionnelle par l'établissement, l'organisation interne est informelle, de même que son pilotage.

De façon non formalisée, la cadre d'imagerie organise la mise à disposition des ressources: matériel, tenue, produits de contraste pour la mise en œuvre de l'activité. Cette organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.).

La documentation est prévue ; elle s'appuie majoritairement sur des procédures issues de documents de référence issus des recommandations de la Société Française de Radiologie, de l'ASN. La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le secteur dispose d'une PCR avec une lettre de nomination du directeur d'établissement en date du 4 juin 2013, sa fiche de poste est à finalisée. La PCR a créé une cellule de radiovigilance en place depuis juin 2015. Ses règles de fonctionnement précisent entre autres qu'elle est chargée "d'analyser les fiches d'EI relatives à la radiovigilance" et d'établir un programme d'actions annuel en lien avec la politique Qualité et risques de l'établissement.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Les responsables -cadre et PCR- sensibilisent les professionnels aux risques liés à la pratique de l'imagerie interventionnelle.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Les professionnels sont incités à déclarer les événements indésirables.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les équipements d'imagerie sont disponibles, de même que les ressources médicales et para médicales.

Les formations sont effectives et tracées (radioprotection).

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et appliquent les protocoles et procédures en vigueur.

Le document d'information s'appuie sur les recommandations de la Société Française de Radiologie. Il est remis au patient et détaille les précautions préalables à l'examen, la description de l'examen, les éventuels effet secondaires et complications, conduite à tenir en cas de complications. Il se termine par une formule de consentement avec signature du patient.

La traçabilité est assurée via le compte rendu radiologique, avec notamment la mention de la dose d'irradiation reçue; il précise en outre la nature du geste effectué et sa description.

La dosimétrie opérateur est suivie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur dispose d'indicateurs quantitatifs d'activité.  
La cellule de radiovigilance signale en 2015 un seul événement significatif en radioprotection qui ne concernait pas l'imagerie interventionnelle. Sept événements indésirables ont été déclarés en 2015-2016 pour l'ensemble de l'imagerie médicale, sans distinction quant à leur rattachement ou non à la thématique interventionnelle.  
Il n'y a pas de recueil d'indicateurs qualitatifs sur cette thématique. Aucun indicateur de type qualitatif n'a été retrouvé au cours de l'audit de processus.

## A / AGIR

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

Il n'y a pas de mise en place d'action d'amélioration structurée sur cette thématique.  
Il n'y a pas d'actions inscrites au PAQSS sur cette thématique.

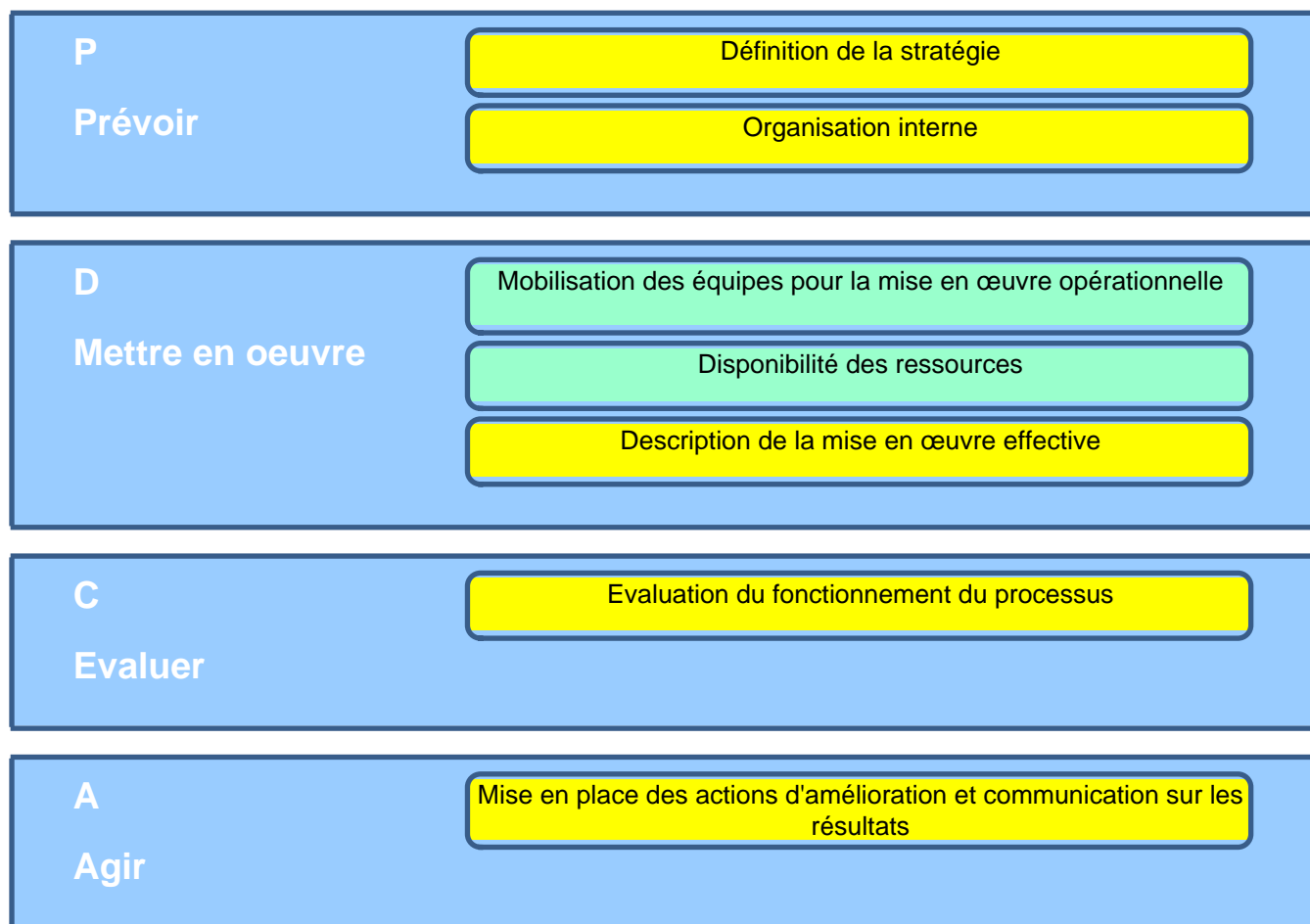
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement n'a pas formalisé de politique de management de la qualité et de la sécurité des soins commune au secteur d'endoscopie. Le CPOM ne décrit pas d'orientations stratégiques spécifiques pour le secteur d'endoscopie. Deux documents de travail concernant la gastro-entérologie et l'urologie sont en cours d'élaboration dans le cadre de l'écriture du projet médical d'établissement.

Une cartographie des risques a été élaborée pour les secteurs d'endoscopies digestive et urologique, selon la méthode AMDEC uniquement par les responsables paramédicaux. Mais l'établissement n'a pas totalement identifié les processus à risques du secteur d'endoscopie. La cartographie des risques n'a abouti qu'à la définition d'actions d'amélioration ciblées sur trois risques. Il n'existe pas non plus de plan d'actions formalisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Les différentes spécialités médico-chirurgicales réalisant des endoscopies sont identifiées. Lors de la visite, les endoscopies ne concernaient que la gastro-entérologie et l'urologie.

La charte du bloc opératoire datant de 2013, en cours d'actualisation, décrit l'organisation générale du secteur d'endoscopie.

Mais l'établissement n'a pas défini de pilotage institutionnel commun sur le secteur des endoscopies. Il n'existe pas d'organigramme formalisé du secteur d'endoscopie, ni de projet spécifique. L'établissement n'a pas nommé un responsable unique identifié du secteur d'endoscopie.

Les actes endoscopiques s'effectuent tous au bloc opératoire. La régulation et la programmation des activités d'endoscopie s'effectue sous le contrôle de la cadre de bloc opératoire.

Les besoins en documents de traçabilité sont identifiés et distribués aux professionnels. Cependant, la démarche qualité en endoscopie n'est pas documentée ni actualisée pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient. Il n'y a pas de procédures concernant la prise en charge du patient pour un geste endoscopique. Les protocoles existant dans la gestion documentaire sont essentiellement dédiés à la gestion du risque infectieux. Il n'existe pas non plus de procédure de transfert du patient arrivant au bloc opératoire en brancard, alors que la salle de transfert existe mais qu'il manque de brancards spécifiques dédiés au bloc opératoire.

L'hygiène des locaux, le traitement et la désinfection des endoscopes ainsi que la gestion de l'air, des gaz médicaux et de l'eau sont organisés.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La cadre de bloc opératoire, et en son absence la faisant fonction de cadre, est responsable de la mise en œuvre opérationnelle du secteur d'endoscopie.

Les professionnels ne déclarent pas d'événements indésirables en endoscopie. Dans l'analyse des fiches d'événements indésirables de 2015, on ne retrouve aucune déclaration concernant le secteur d'endoscopie. Au cours de la rencontre des pilotes du processus, la référente du bloc opératoire (faisant fonction de cadre) et l'infirmière hygiéniste ont confirmé l'absence d'appropriation de la culture de déclaration des événements indésirables et de comité de retour d'expérience.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Une salle de bloc opératoire est définie pour la réalisation des endoscopies digestives. Elle se situe proche du service de chirurgie ambulatoire d'où viennent principalement les patients concernés. Un sas de déshabillage est prévu pour l'accueil et la mise en condition des patients externes.

La disponibilité et la maintenance des endoscopes est effective, ainsi que celle du matériel d'anesthésie en salle dédiée. Deux endoscopes de secours sont disponibles en cas de panne inopinée.

Les effectifs humains sont disponibles pour l'organisation définie. Les compétences sont assurées dans tous les domaines, ainsi que la formation des paramédicaux dédiés au secteur. Des aides-soignants sont spécifiquement attirés au secteur de désinfection des endoscopes et régulièrement formés aux techniques.

Des contrôles sont réalisés dans le cadre de la gestion du risque infectieux.

Toutefois les professionnels ne disposent pas de toutes les informations utiles à la prise en charge du patient. Les protocoles de prise en charge des patients pour les actes endoscopiques basés sur les recommandations des sociétés savantes ne sont pas validés au sein de l'établissement.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La régulation des activités d'endoscopie est organisée par la cadre de bloc opératoire, selon le planning

prévisionnel des plages allouées aux praticiens, avec validation lors de la journée de programmation des blocs. De manière exceptionnelle et uniquement en cas de présence d'un endoscopiste présent sur site et après validation de l'indication, une endoscopie digestive demandée par les urgences peut être insérée au programme. L'établissement n'a pas mis en place d'astreinte opérationnelle en gastro-entérologie.

La check-list de sécurité en endoscopie est disponible pour tous les actes endoscopiques.

La traçabilité de tous les gestes endoscopiques, ainsi que de l'utilisation du matériel et de sa désinfection est réalisée.

Les pratiques professionnelles issues de bonnes pratiques sont respectées avec information orale des patients en consultation sur le geste prévu, la remise de documents spécifiques (édités par les sociétés savantes) au patient et le recueil du consentement lors de la consultation d'anesthésie pour la réalisation des fibroscopies digestives hautes et des coloscopies.

La visite des services a permis de vérifier que l'information et le consentement du patient sont effectifs et tracés.

Mais la fiche de traçabilité du risque de transmission de Maladie de Creutzfeldt Jakob n'est pas systématique pour les interventions à risque. Un seul gastro-entérologue renseigne de façon systématique cette feuille comme l'a montré l'audit réalisé par l'infirmière hygiéniste au bloc opératoire.

De même, l'identification n'est pas systématique pour tous les patients bénéficiant d'un geste endoscopique. Les patients ambulatoires externes ne portent pas de bracelet d'identification, contrairement aux règles décrites dans la charte de bloc de 2013 chapitre "organisation de l'endoscopie" et en l'absence de procédure de port du bracelet d'identification institutionnelle.

## **C / EVALUER**

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

Le dispositif d'évaluation ne repose que sur la réalisation de l'audit national en endoscopie réalisé en 2015. Les indicateurs de suivi sont exclusivement quantitatifs (nombre d'actes, nombre de patients par praticien, recettes, taux d'occupation des salles...).

Le secteur d'endoscopie ne recueille pas d'événements indésirables et n'organise pas de retour d'expérience. Les professionnels rencontrés confirment l'absence de déclaration d'événement indésirable, quelle que soit leur fonction ou la nature de l'incident. L'établissement n'a mené aucune EPP, ni RMM, ni CREX dans le secteur d'endoscopie.

## **A / AGIR**

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

Le PAQSS n'intègre que les actions prévues au compte-qualité.

L'établissement n'a pas mis en place d'actions d'amélioration au regard des résultats obtenus. En l'absence d'analyse de fiches d'événement indésirable, de CREX et de RMM, le secteur n'a défini aucune action d'amélioration.



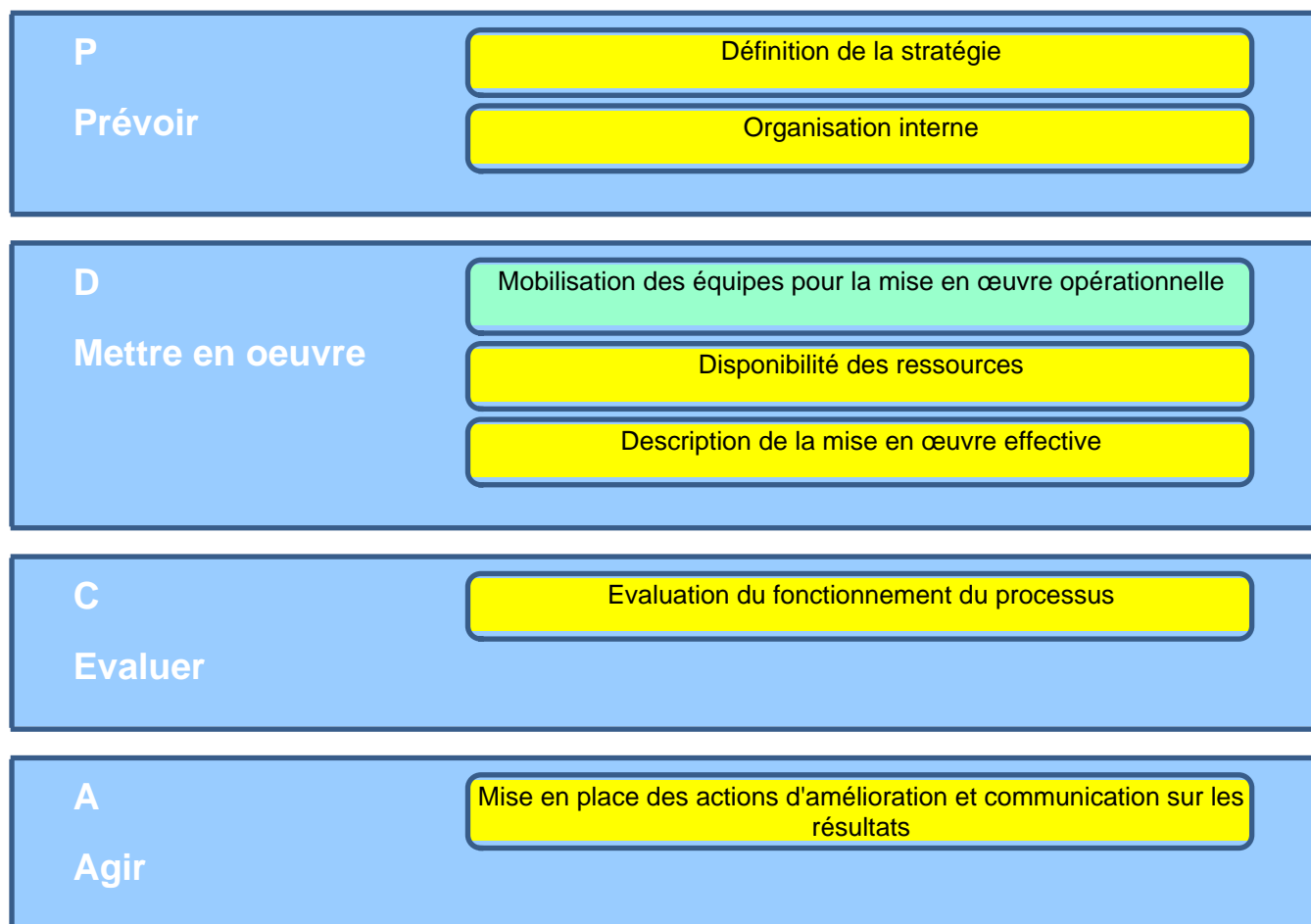
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La maternité de l'établissement est une maternité de niveau 1 ayant effectué l'année dernière un peu plus de 400 accouchements en diminution par rapport à 2014. Les urgences obstétricales sont assurées 24h/24h par le secteur de naissance qui dispose d'un accueil physique distinct du SAU.

Il existe des conventions de périnatalité avec le CH d'Evreux en communauté de direction. Le CH de Lisieux est l'établissement le plus proche pour assurer une prise en charge primaire des nouveaux nés si besoin, le CHU de Rouen prenant en charge des enfants les plus vulnérables.

Une cartographie des risques a été faite en concertation selon la méthode AMDEC avec une hiérarchisation en fonction de la criticité qui a mené à l'inscription des 3 risques les plus critiques au compte qualité: Identitovigilance de la parturiente, Maitrise incomplète de la PEC de l'HPP, Maitrise incomplète de la réanimation néonatale.

Des plans d'actions y sont associés, inscrits au PAQSS institutionnel. Les objectifs sont diffusés auprès des professionnels au cours de réunion de service, par mail ou affichage.

Toutefois il n'y a pas de document formalisé contenant les orientations stratégiques de l'établissement tenant compte du niveau de risque fœto-maternel selon le type de maternité. Dans le cadre du projet d'établissement en cours de réflexion, le volet "Maternité" du projet médical n'est pas finalisé.

Les collaborations inter-établissements ne sont pas clairement structurées pour cette maternité de niveau 1 sans possibilité d'organisation autonome d'astreinte opérationnelle pédiatrique réglementaire. Le seul pédiatre de l'établissement est présent 20 h par semaine. La convention de périnatalité existante avec le CH de Lisieux organisant le recours au pédiatre est imprécise quant aux modalités pratiques de prise en charge médicale du nouveau né en cas d'urgence néonatale.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du secteur "Salle de naissance" repose sur la "Charte de fonctionnement du service de gynécologie obstétrique", rédigée et diffusée récemment (mai 2016).

Le pilotage est assuré par le médecin chef de service et la cadre sage femme. Leurs responsabilités et missions sont identifiées sans véritable fiche de poste ni de fiche de mission formalisées.

Le personnel médical est constitué d'un obstétricien titulaire temps plein, assisté de 3 praticiens temps partiel participant au système de gardes et astreintes. L'établissement recourt à du personnel médical intérimaire plus ou moins fidélisé pour finaliser son tableau de garde.

Il en est de même pour les médecins anesthésistes puisqu'il n'y a qu'un seul titulaire temps plein dans l'établissement. La fiche de recrutement des médecins anesthésistes insiste sur la nécessité pour le praticien d'être compétent en obstétrique et en PEC néonatale.

Le service dispose d'un pédiatre titulaire sur site le matin en semaine. Il n'est pas présent dans le service le week-end, il est remplacé un jour sur deux pendant ses congés. Son périmètre d'activité concerne principalement les suites de couches.

Le personnel para médical comporte 7 sages femmes, 5 IDE, 9 AS ou auxiliaires puéricultrices.

Tous ces personnels ainsi que les IADE, reçoivent en interne une formation par le pédiatre aux gestes d'urgences en néonatalogie. Des formations externes sont prévues à un rythme régulier.

Toutefois l'organisation actuelle ne permet pas la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires à la PEC des nouveaux nés. C'est ainsi que la charte de fonctionnement du service de gynécologie obstétrique ne décrit précisément les modalités de fonctionnement du secteur salle de naissance en particulier médicale et qu'il n'y a pas de description précise des modalités de continuité des soins notamment sur le volet pédiatrique.

En effet le "code Rose", est la procédure de la GED qui a pour objet "d'optimiser la PEC des urgences néonatales en réduisant le délai d'arrivée des acteurs concernés" est inadaptée:

- 1- le pédiatre n'est pas mentionné dans la liste des professionnels auxquels s'applique cette procédure,
- 2- la procédure précise toutefois que le pédiatre est appelable "du lundi au vendredi de 8h à 12h".
- 3- la procédure ne précise pas quelles sont les modalités de recours au pédiatre en dehors de ces horaires.
- 4- c'est le standard qui "contacte le pédiatre si demandé", puis l'IDE du service de gynéco obstétrique, puis le médecin anesthésiste, puis l'IADE", sans autre précision.

Le secteur naissance est présent au conseil de bloc de l'établissement, et participe au staff de programmation hebdomadaire du bloc. Il existe par ailleurs un staff obstétrical de discussion de dossiers où les sages femmes de ville sont invitées. Les patientes sont accompagnées au retour à la maison par le système PRADO.

Le secteur de naissance comprend 2 salles d'accouchement et une salle de prétravail. Le secteur est à proximité du bloc opératoire où une salle d'opération est toujours laissée libre pour une césarienne en urgence. Dans les 2 secteurs -bloc opératoire et salle de naissance- il existe un local de soins pour le nouveau né.

Mais les locaux ne sont pas conformes en matière d'hygiène Il y a un couloir commun où se croisent les parturientes, leurs accompagnants, et les DASRI. Cet espace est également utilisé par les sages femmes pour emmener les nouveau nés en salle de soins néo natal.

Il y a un défibrillateur en salle de naissance, ainsi qu'un chariot d'anesthésie pour la parturiente et du matériel de réanimation pour le nouveau né. Le chariot d'urgence est situé en secteur "suites de couches" contigu au secteur salle de naissance.

Le dépôt de sang se situe à proximité dans les locaux du bloc opératoire; les examens biologiques sont possibles en permanence.

Le secteur utilise le dossier AUDIPOG.

La documentation prévoit un certain nombre de protocoles relatifs à la PEC des parturientes et du nouveau né notamment en cas d'urgence, dont une grande partie a été publiée sur la GED au cours des 3 derniers mois.

L'établissement propose un accompagnement des patientes de retour à la maison par le biais d'une application internet "POM BB" qui offre des tutoriels vidéos sur les soins du bébé.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les deux pilotes de processus sont promoteurs sur le terrain des orientations d'amélioration. La réunion quotidienne pluriprofessionnelle assure la communication au fil de l'eau des actions à entreprendre.

Les activités sont régulées notamment en coordination avec le bloc opératoire au cours de la réunion de programmation commune du jeudi.

Les référents appuient la démarche au sein du secteur: sage femme et auxiliaire puéricultrice en matière d'hygiène, et une IDE pour la douleur.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques.

Les professionnels sont incités à la déclaration de EI même si cette pratique est actuellement marginale. Les dysfonctionnements sont traités de façon informelle.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La présence médicale et para médicale obstétricale et anesthésique permet la continuité des soins. Il n'y pas de possibilité d'embolisation sur le site mais le recours à un chirurgien viscéral est possible.

Les nouveaux personnels sont tutorés, et les formations en réanimation néonatales sont déployées pour toutes les catégories de personnels, notamment les MAR et IADE.

D'autres formations sont effectuées comme la prise en charge de la dystocie des épaules, analyse du RCF par exemple.

Les procédures sont disponibles sur la GED, la toute nouvelle procédure sur la PEC de l'HPP est également affichée en grand format et en bonne place au bloc opératoire.

Les supports récents de traçabilité du bio-nettoyage sont en place en salle de naissance.

Les matériels nécessaires à la PEC de la patiente et du nouveau né sont disponibles et entretenus.

Toutefois la sécurité du secteurs de naissance n'est pas toujours garantie. Au moment de la visite, la porte du bloc obstétrical était ouverte, cette dernière jouxtant le hall d'accueil du service de gynécologie obstétrique.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge de la patiente et du nouveau né.

L'accueil de la patiente est assuré en temps utile 24 h/24h; son dossier complet est accessible à tout moment dans le secteur. L'identitovigilance est effective pour la patiente ainsi que pour le nouveau né (dès la salle de naissance).

La sage femme enregistre en temps réel tous les éléments cliniques de la PEC soit directement dans le dossier Audipog soit sur le partogramme avec retranscription en différé sur Audipog. L'évaluation des pertes sanguines est effectuée par les sages femmes.

Les prescriptions sont informatisées tant en salle de naissance qu'au bloc opératoire.

Le nouveau né est mis au sein dès que possible et l'allaitement est entrepris ensuite conformément au désir de la maman. La pratique du "peau à peau" par le papa est encouragée selon les bonnes pratiques; un nouveau protocole est en cours de préparation.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles; si nécessaire, les examens biologiques sont possibles 24h/24H.

La traçabilité du matériel, en particulier en cas de césarienne, est effective.

Cependant les règles d'hygiènes ne sont pas toujours respectées à l'entrée du bloc obstétrical. Il faut emprunter le couloir intérieur de la salle de naissance pour se munir de sur-chaussures et de sur-blouses, car ces protections ne pas sont situées à proximité de l'entrée du bloc obstétrical.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les IPAQSS nationaux relatifs à la PEC de l'HPP, il dispose d'indicateurs quantitatifs tels que les taux de césariennes, taux d'extraction, taux de péridurales, taux d'HPP par exemple.  
Il existe depuis plusieurs années une EPP sur la pertinence des césariennes; une EPP sur la prise en charge des GEU est prévue en collaboration avec le SAU.  
Peu d'événements indésirables sont recueillis, sans organisation de retour d'expérience formellement organisée.  
Il n'y a pas de RMM effectuée dans ce secteur à risques. Au moment de la visite il n'y avait aucun document attestant de la tenue de RMM, ce qui a été confirmé par les personnels vus par les EV sur le terrain.

## A / AGIR

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

L'action d'amélioration relatif au risque mentionné au compte qualité est mise en place: le bracelet d'identité est effectivement posé à chaque patiente dès son entrée, et sa pose est tracée dans le DPI.  
L'EPP de pertinence de la césarienne, a permis de faire baisser le pourcentage de césarienne programmée actuellement de 28% à 20% à ce jour.  
Une réflexion collective sur la péridurale a contribué à augmenter le taux de péridurale actuellement à 70%.  
Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue de l'ensemble du processus Salle de Naissance à l'échelle de l'établissement.