



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE  
RODEZ "HOPITAL JACQUES  
PUEL"**

Centre hospitalier de rodez  
Hôpital jacques puel  
12027 RODEZ

MARS 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	61
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	65

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ - HOPITAL JACQUES PUEL	
Adresse	Centre hospitalier de rodez 12027 RODEZ
Département / région	AVEYRON / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	GCS2324	GCS SAINT LOUIS	Ch rodez 12000 RODEZ
GCS de moyens	GCS889	GCS RUTHÉNOIS POUR LA MÉDECINE NUCLÉAIRE	Ch de rodez 12027 RODEZ
GCS de moyens	GCS887	GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE RUTHÉNOIS POUR LES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE	Ch de rodez 12027 RODEZ
GCS de moyens	GCS888	GCS POUR L'ACTIVITÉ D'OPHTALMOLOGIE	Ch de rodez 12027 RODEZ
Entité juridique	120780044	CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ	Avenue de l'hopital 12000 Rodez
Etablissement de santé	120786959	UNITE SOINS LONGUE DUREE OLEMPES CH RODEZ	Boulevard des peyrieres 12510 Olemps
Etablissement de santé	120000039	CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ - HOPITAL JACQUES PUEL	Centre hospitalier de rodez Hôpital jacques puel 12027 RODEZ
Etablissement de santé	120783188	LES PEYRIERES ANNEXE DU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ	Boulevard des peyrieres 12510 Olemps

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	70	/	21	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	19	1	/	/
MCO	Médecine	219	61	/	8112
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	5	28	/	/
SLD	SLD	30	/	/	/
SSR	SSR	40	/	/	/

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

Accréditation COFRAC du Laboratoire  
Certification ISO des services techniques.

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements

- conventions simples pour mise à disposition de personnel médical ou conventionnement obligatoire (filiale de soins surveillance continue, réanimation) avec les centres hospitaliers de l'Aveyron (Decazeville, Villefranche-de-Rouergue, Espalion, Millau, Saint Affrique)
- groupement de coopération sanitaire avec les médecins libéraux pour la cardiologie, la médecine nucléaire, et les activités chirurgicales Saint Louis
- contrat de participation de professionnels libéraux à l'exercice d'une mission de service public sur la radiothérapie du centre hospitalier et les radiothérapeutes de la clinique Claude Bernard d'Albi.
- projet médical commun avec les centres hospitaliers de Villefranche de Rouergue et Rodez, équipe territoriale en gynécologie, oncologie et surveillance continue.
- Fédération médicale interhospitalière en gynécologie « pôle couple-enfant nord Midi-Pyrénées avec les CH de Villefranche de Rouergue, Figeac, Decazeville et Rodez
- 3C territorial
- convention de coopération pour la HAD périnatalité (UDSMA)
- Centre de compétence des troubles de l'apprentissage (Education nationale et PEP12)
- GCS blanchisserie interhospitalière
- réseau soins palliatifs, plaies et cicatrisation, insuffisance rénale, addictologie, tabac, maladies infectieuses
- convention cadre de coopération avec le CHU de Toulouse et plus particulièrement pour la cardiologie, chirurgie cardio-vasculaire, neuro-vasculaire, urologie, néphrologie.
- GCS télésanté, cancérologie publique, IUCT
- groupements régionaux Midi-Pyrénées : Mipih, Maternip, Ptimip, Orumip, Oncomip
- Projet d'optimisation des achats PHARE
- Groupement de commande régional (médicament/DM, déchets, fournitures de bureaux, produits d'entretien)

Regroupement / Fusion

NC



Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Unité soins palliatifs en juin 2015 Activités de SSR

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

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

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en radiothérapie
Management de la prise en charge du patient en médecine nucléaire
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	Patient de Médecine infectieuse compliqué			MCO
2	Adulte	Médecine ambulatoire	Traitement par radiothérapie			MCO
3	Adulte	Chirurgie	/	Urgences		MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Endoscopie			MCO
5	Femme + bébé	Maternité	/Césarienne ou préma			MCO
6	Adulte	SSR	/			SSR
7	Enfant	HDJ de psychiatrie infanto-juvénile	/			Santé mentale
8	Personne âgée	SLD	/			SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

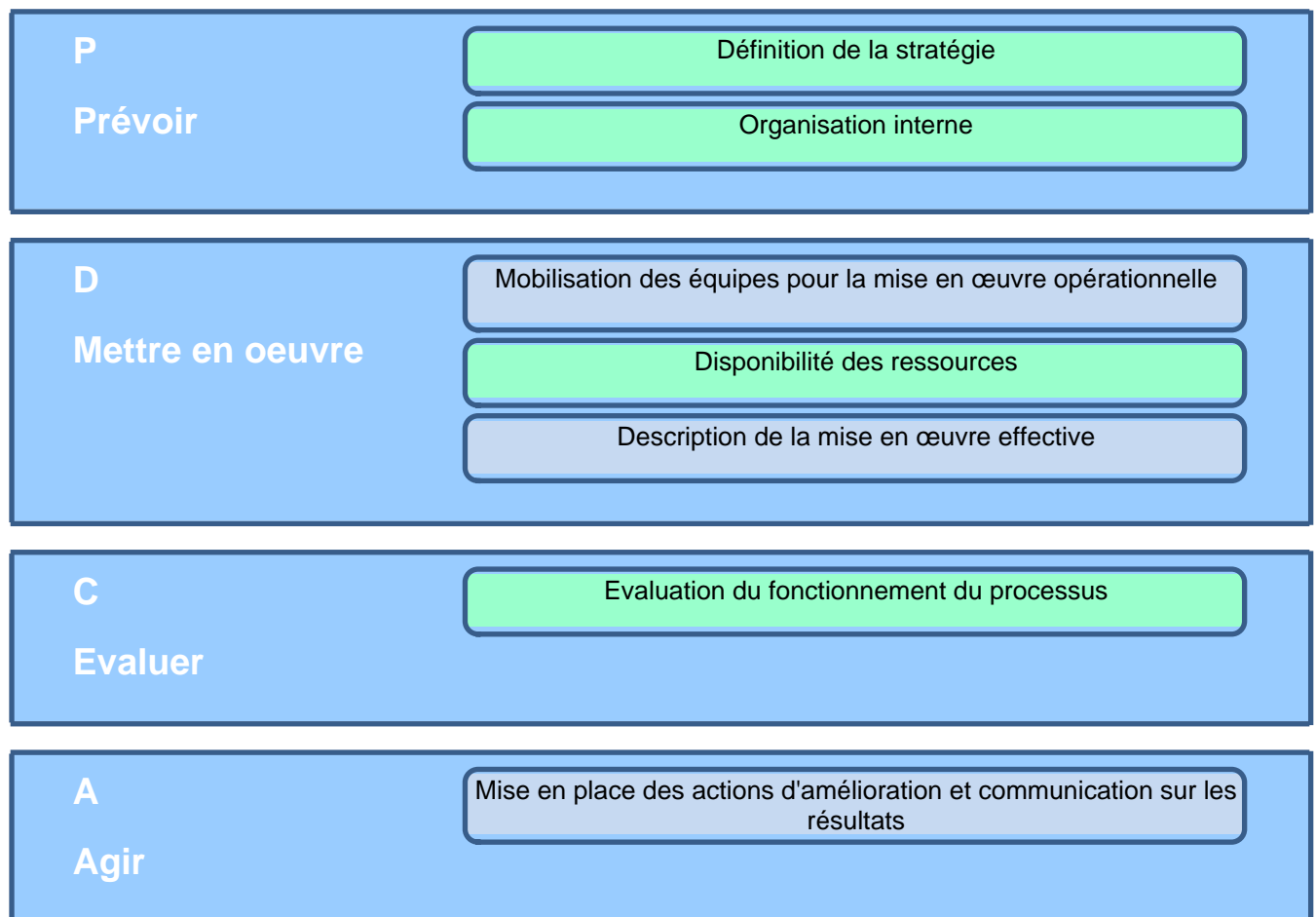
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Au sein du CH de Rodez, une politique qualité a été formalisée sur la période 2014-2018 et validée. Elle fixe 10 orientations prioritaires, déclinées en objectifs, dotés d'indicateurs de suivi et d'objectifs chiffrés. La politique qualité de l'établissement fixe des orientations et des actions à mettre en œuvre pour développer, fiabiliser et évaluer la prise en charge des patients. Le centre Hospitalier de Rodez a réalisé des revues des processus retenus pour la certification, et notamment celle qui concerne la prise en charge du patient. Cette politique a été réévaluée en 2016. Elle formalise l'engagement de la direction et des instances sur ce processus. La politique qualité est inscrite dans les orientations stratégiques figurant au CPOM. La politique qualité priorise le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec le DPC dans son orientation axe 4. Elle intègre également les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

L'établissement a élaboré un PAQ institutionnel 2014-2018 structuré qui collige l'ensemble des PAQ de processus et l'ensemble des actions d'améliorations au delà des risques prioritaires figurant au compte qualité ainsi que les actions qualité non fondées sur l'identification d'un risque. L'articulation entre la politique et le PAQ institutionnel est effective. Le PAQ prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents. Mais ce PAQ n'intègre pas l'accréditation individuelle des médecins. Le PAQ ne prend pas en compte les engagements pris par les 4 praticiens de l'établissement engagés dans la procédure d'accréditation individuelle.

Afin d'identifier les risques prioritaires du compte qualité, l'établissement a mobilisé les professionnels dans des groupes de travail appuyés par les qualitiennes du service qualité.

L'établissement a défini une stratégie destinée à sensibiliser et impliquer le professionnels dans les démarches qualité. Elle repose notamment sur la réalisation récente de patients traceurs (dix patients traceurs réalisés au jour de la visite ), et le déploiement des CREX.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation qualité-risques de l'établissement repose sur :

1- la direction Qualité et son équipe de qualitiennes,

2- la réunion inter pole (RIP), composée du directeur, du président de CME, des chefs de pole, des cadres supérieurs et de la direction qualité. Elle aborde systématiquement la thématique qualité-risques lors de ses 5 à 6 réunions annuelles. Elle assure notamment le suivi institutionnel de la politique qualité-risques. Par ailleurs, des pilotes de processus appuyés par les qualitiennes ont été récemment mis en place. La validation de la politique qualité et du PAQ est assurée par la CME et la CSIRMT. La CME traite régulièrement des thématiques qualité-risques. L'aspect opérationnel est assuré par la direction de la qualité.

L'ensemble des vigilances sanitaires dispose d'une instance spécialisée et d'un référent (CSTH, COMEDIMS, CLIN... ). Une cellule de coordination des vigilances sanitaires est instituée. Le dispositif est complété par les instances d'identivigilance, CLAN, EOH...

Une organisation a été mise en place pour faciliter le déploiement des démarches d'EPP, RMM, CREX. Elle s'appuie sur l'aide méthodologique du service qualité, l'implication des médecins et de l'encadrement soignant. La gestion des interfaces entre les services de soins, les services logistiques et administratifs est organisée. Cependant, l'organisation qualité-risques n'est pas complètement formalisée. Les pilotes de processus ne disposent pas d'une lettre de mission définissant leur responsabilité propre et articulation notamment avec l'ensemble du dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques.

Le cadre de direction chargé de la qualité et de la gestion des risques assure également les fonctions de coordinatrice des risques associés aux soins, de coordinatrice des vigilances sanitaires et de la veille sanitaire et de coordinatrice du système qualité- risques. Ces trois responsabilités ne sont pas formalisées dans une fiche de fonction. Par ailleurs, les référents des différentes vigilances sanitaires (infection, hémovigilance ... ) ne disposent pas d'une fiche de poste spécifique à leur activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les responsables de services, les pilotes de processus sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés par des actions de communication, des informations régulières. Les PAQ par processus et leurs objectifs sont appropriés par les professionnels. La direction générale s'implique dans la mise en œuvre de la politique qualité à travers des actions de communication et via les instances. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux protocoles et aux autres documents qualité. Des actions correctives sont réalisées en cas de besoin sous la forme de CREX, RMM, EPP, analyses de

pratiques, analyses de causes dans le cadre de l'exploitation d'événements indésirables. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité. Les représentants des usagers participent à l'identification et la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement à travers la CRUQPC. Les professionnels sont régulièrement informés de la mise en œuvre des PAQ et de leurs résultats par processus.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, en effectif, sont disponibles. Le service qualité dispose de 2,8 ETP de professionnels formés à la gestion des risques.

Des formations ont été dispensées aux professionnels sur les méthodes d'analyse des causes racines, sur les patients traceurs (26 professionnels formés au jour de la visite) ainsi que sur les CREX, par ailleurs, le dispositif de formation interne peut répondre aux besoins exprimés par les professionnels.

La garantie pour les professionnels d'utiliser une documentation actualisée n'est toutefois pas assurée. L'établissement a mis en place une gestion électronique documentaire (GED) accessible aux professionnels. Cependant, dans la plupart des secteurs visités, en arguant d'un accès plus rapide les professionnels utilisent également et souvent en priorité une documentation en format papier qui persiste sans garantie sur leur actualisation.

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

Le pilotage de la gestion des risques effectué par le service qualité est effectif. L'articulation entre la gestion des risques et les secteurs d'activité est assurée. Le signalement des événements indésirables est réalisé par les professionnels via une procédure de déclaration électronique (1000 déclarations par an). Une charte d'incitation à la déclaration a été diffusée auprès des professionnels. Le traitement des événements indésirables graves fait l'objet systématiquement d'une analyse des cause racines (28 analyses réalisées en 2015). Les événements indésirables sont traités dans le cadre de CREX, de RMM dans l'ensemble des secteurs d'activité par des professionnels maîtrisant la méthode d'analyse des causes. L'encadrement soignant et les professionnels sont impliqués et participent à ces CREX. L'organisation qualité-risques permet à l'établissement de faire face à des situations imprévues en s'appuyant sur les équipes. La participation des professionnels à la définition des actions d'amélioration, à l'élaboration de procédures est recherchée par l'encadrement et le service qualité. Les professionnels sont incités à travailler en équipes. Les signalements réglementaires concernant les vigilances, accidents transfusionnels, infections nosocomiales, erreurs médicamenteuses... sont effectués. Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant. Une fois par an, l'activité de l'ensemble des référents de vigilances sanitaires est évaluée. Le système des alertes sanitaires ascendantes et descendantes fonctionne (338 alertes en 2015). Des EPP sont en place dans l'ensemble des secteurs d'activité. Un nombre significatif d'entre elles est en phase 4 ou 5. Au jour de la visite 77 EPP étaient en cours. Par ailleurs, des RMM sont mises en œuvre dans la totalité des secteurs obligatoires. Les RCP sont effectives et tracées par des tableaux et compte rendus de réunion. L'ensemble des plans de crise (vigipirate, plan canicule, plan NRBC, Planc blanc..) est organisé. Un responsable est désigné, un dispositif formalisé et communiqué aux professionnels. Des exercices sont effectués avec un débriefing permettant le cas échéant d'améliorer le dispositif concerné. La participation des représentants des usagers à l'élaboration et mise en œuvre de la politique qualité est effective. Les professionnels maîtrisent les démarches d'évaluation des risques a priori leur permettant de hiérarchiser les risques et de définir leurs modalités de traitement. Les représentants des usagers à la CRUQPC participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique qualité à travers leurs recommandations. En 2015, il s'agissait d'améliorer la coordination de la sortie du patient avec le domicile et les autres structures de prise en charge et de développer les actions de sensibilisation pour améliorer la relation médecin patient.

### **C / EVALUER**

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

Le dispositif d'évaluation permet de définir les actions correctives. L'établissement évalue régulièrement la satisfaction des usagers en lien avec les représentants des usagers à travers le questionnaire de sortie. Il a par ailleurs mis en place une évaluation de la satisfaction des patients via des questionnaires spécifiques mieux adaptés aux caractéristiques de l'activité concernée aux urgences et en ambulatoire. Les résultats de l'enquête "ISATIS sont également exploités. L'établissement évalue aussi la non satisfaction à travers l'exploitation des plaintes et réclamations par pôles.

L'établissement a défini ses indicateurs pour évaluer ce processus. Il utilise notamment le taux de clôture des actions d'amélioration du PAQ institutionnel, le nombre de réunions du copil interpole, le nombre d'EPP... Ces indicateurs sont formatés en tableau de bord qui est exploité et communiqué.



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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations effectuées. Les usagers participent à la mise en place d'actions. A titre d'exemple, en 2015, il s'agissait d'améliorer la coordination de la sortie du patient avec le domicile et les autres structures de prise en charge et de développer les actions de sensibilisation pour améliorer la relation médecin patient. L'établissement a aussi engagé une redéfinition de la démarche qualité en radiothérapie. En médecine nucléaire il a finalisé la sécurisation du circuit des produits radio-pharmaceutiques. Il a déployé également une démarche de patient traceur sur l'ensemble des pôles. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels via les instances de l'établissement, le journal interne progiciel de gestion documentaire. Le PAQ institutionnel est régulièrement réactualisé. L'établissement réajuste ce programme qualité suite aux évaluations réalisées. La politique qualité a été réajustée en 2016.

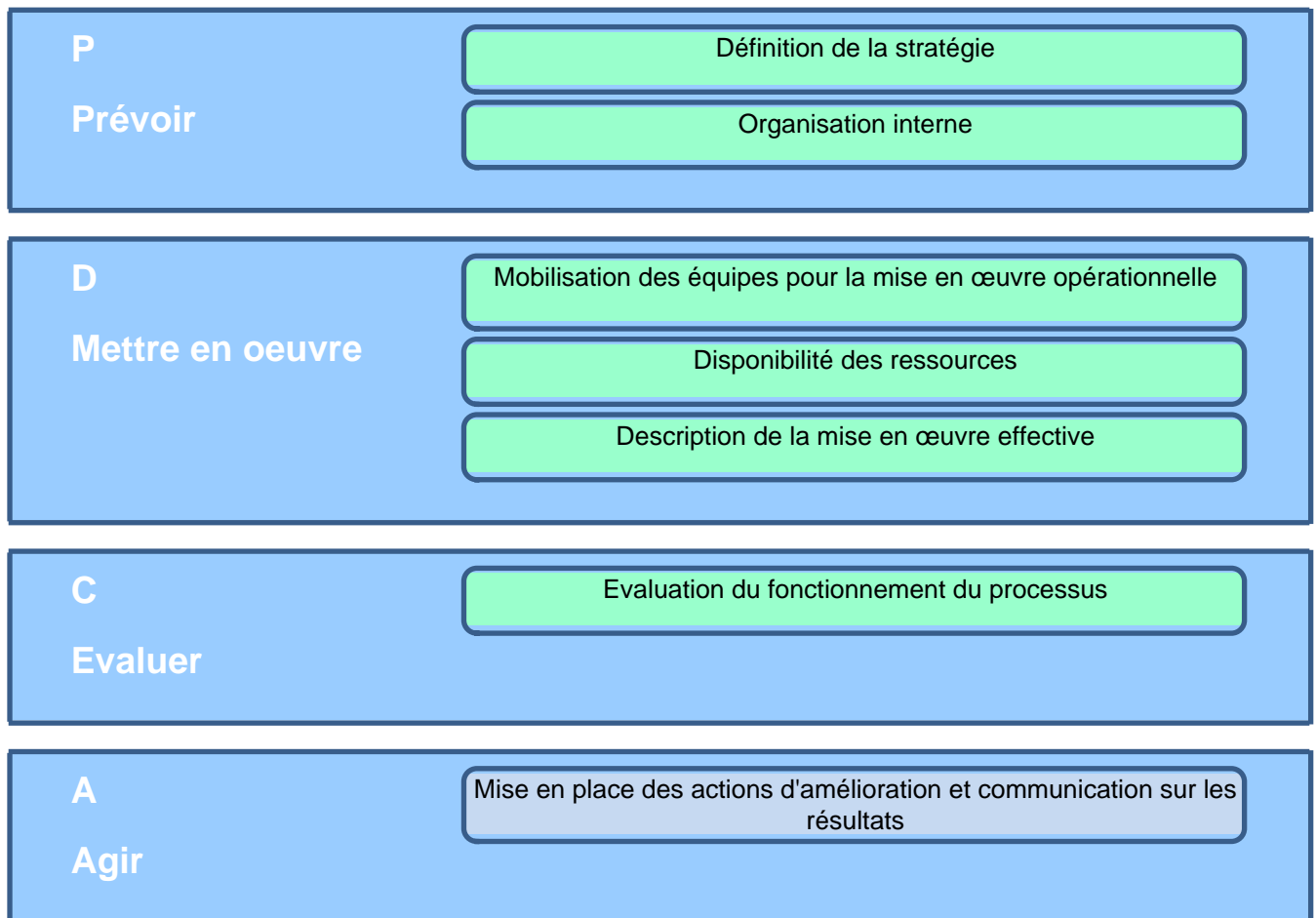
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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'hygiène et la prévention des infections nosocomiales fait l'objet d'un chapitre dans le projet médical 2013/2017 avec des objectifs prioritaires. La stratégie de gestion du risque infectieux est formalisée, validée par toutes les instances et actualisée. Elle s'appuie sur l'engagement dans le projet d'établissement au niveau des bonnes pratiques en hygiène, de la lutte contre les infections nosocomiales et des bonnes pratiques au niveau de l'utilisation des anti-infectieux et de la surveillance environnementale. Elle repose sur des actions de prévention, de surveillance, de formation et d'évaluations définies en fonction des orientations nationales, de la réglementation, des analyses de risques, des résultats des précédentes évaluations réalisées et des besoins des équipes. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux. La présidente du CLIN est le pilote du processus « Gestion du risque infectieux », ces missions sont connues. L'hôpital a un service d'hygiène qui comporte un médecin hygiéniste, présidente du CLIN et médecin médiateur, un médecin infectiologue, président du comité des antibiotiques et chef du pôle médical, une infirmière hygiéniste, un préparateur hygiéniste et une secrétaire. Des correspondants en hygiène sont identifiés, il s'agit de tous les cadres et des IDE ou AS volontaires pour chaque service. Le CLIN et le comité des antibiotiques se réunissent habituellement 4 fois par an, ils sont chargés de la prévention, de la surveillance et du suivi des infections de tout type, en particulier de celles qualifiées de nosocomiales ainsi que des risques infectieux liés aux soins. Le CLIN met en application tous les textes réglementaires, y compris les recommandations (HCSP...).

Au regard de la stratégie définie, l'établissement prévoit des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

Les rôles et responsabilités du CLIN, de l'EOH et des correspondants en hygiène sont définis et formalisés. Les conditions d'hygiène optimales des locaux sont assurées par l'EOH en lien avec les professionnels (missions, responsables, protocoles, suivi, etc.). La gestion des déchets fait l'objet de procédures formalisées. L'établissement dispose de protocoles concernant la prévention de la légionellose et un plan annuel de prélèvements. Le contrôle de gestion de l'air est organisée. Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques. Des formations périodiques des professionnels au bon usage des antibiotiques sont proposées. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

La communication des orientations institutionnelles, aux professionnels est prévue par les correspondants et l'encadrement à l'appui de la gestion documentaire disponible dans tous les secteurs. La mise en œuvre du programme d'actions est réalisée par le service d'hygiène, en lien avec les correspondants en hygiène de chaque service et en étroite collaboration avec les professionnels impliqués. La mise en œuvre des actions au niveau des secteurs d'activité fait l'objet d'évaluations et de suivi. L'encadrement et les correspondants en hygiène de chaque service sont impliqués dans la réalisation de certaines de ces évaluations. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels. Au niveau des secteurs, des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin. Elles sont identifiées en associant les différents acteurs.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (correspondants en hygiène formés...) matériel et documentation (protocole accessible, actualisé et connu) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le Centre Hospitalier de Rodez a élaboré des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux disponibles dans la gestion documentaire informatisée. Les professionnels sont périodiquement formés à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux. L'établissement organise également une formation d'hygiène pour les nouveaux arrivants et un livret « Hygiène hospitalière » leur est remis.

Par ailleurs, les formations périodiques à l'hygiène de base sont proposées aux professionnels mais ne sont pas toujours suivies. En effet, les cadres des services sont parfois contraints à annuler une

participation à la formation à l'hygiène de base faute de pouvoir mobiliser un remplaçant. 21 agents ont pu bénéficier de cette formation lors du 1er trimestre 2016.

Les services disposent des équipements de protection individuels et des colonnes d'isolement (Matériels, gants, masques ...).

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

L'établissement met en œuvre les actions prévues de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH.

Cependant, les procédures et protocoles de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours appliqués. Il a été constaté dans le dossier d'un patient traceur que l'antibioprophylaxie n'a pas été prescrite, ce que confirme un audit mené en septembre 2015 qui indique que la prescription l'antibioprophylaxie est retrouvé dans 29 % des cas seulement.

Les prescriptions d'antibiotiques font l'objet d'une validation si nécessaire. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est réalisée et tracée dans le dossier du patient.

### **C / EVALUER**

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

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs et de bilans d'activités. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'EOH, le CLIN et le comité des antibiotiques. Le suivi s'effectue sur la base des indicateurs (ICALIN, ISO, ICATB), tableaux de bord, bilan d'activité, etc. Des audits ont été menés par exemple sur les précautions standard et l'hygiène des mains. De nombreuses EPP sont menées dans différents domaines : soins, sites opératoires, isolements, bionettoyage, zéro bijoux, etc. Le bilan des déclarations d'événements indésirables, au nombre de 72 en 2015, est formalisé.

### **A / AGIR**

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

Le programme de gestion du risque infectieux est révisé annuellement en lien avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Si les résultats ne sont pas atteints ou si le risque persiste, des actions complémentaires sont déterminées. Les résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont communiqués aux professionnels et aux usagers et affichés. Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus. L'efficacité des actions est ainsi évaluée et conduit à réajuster le dispositif et à fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

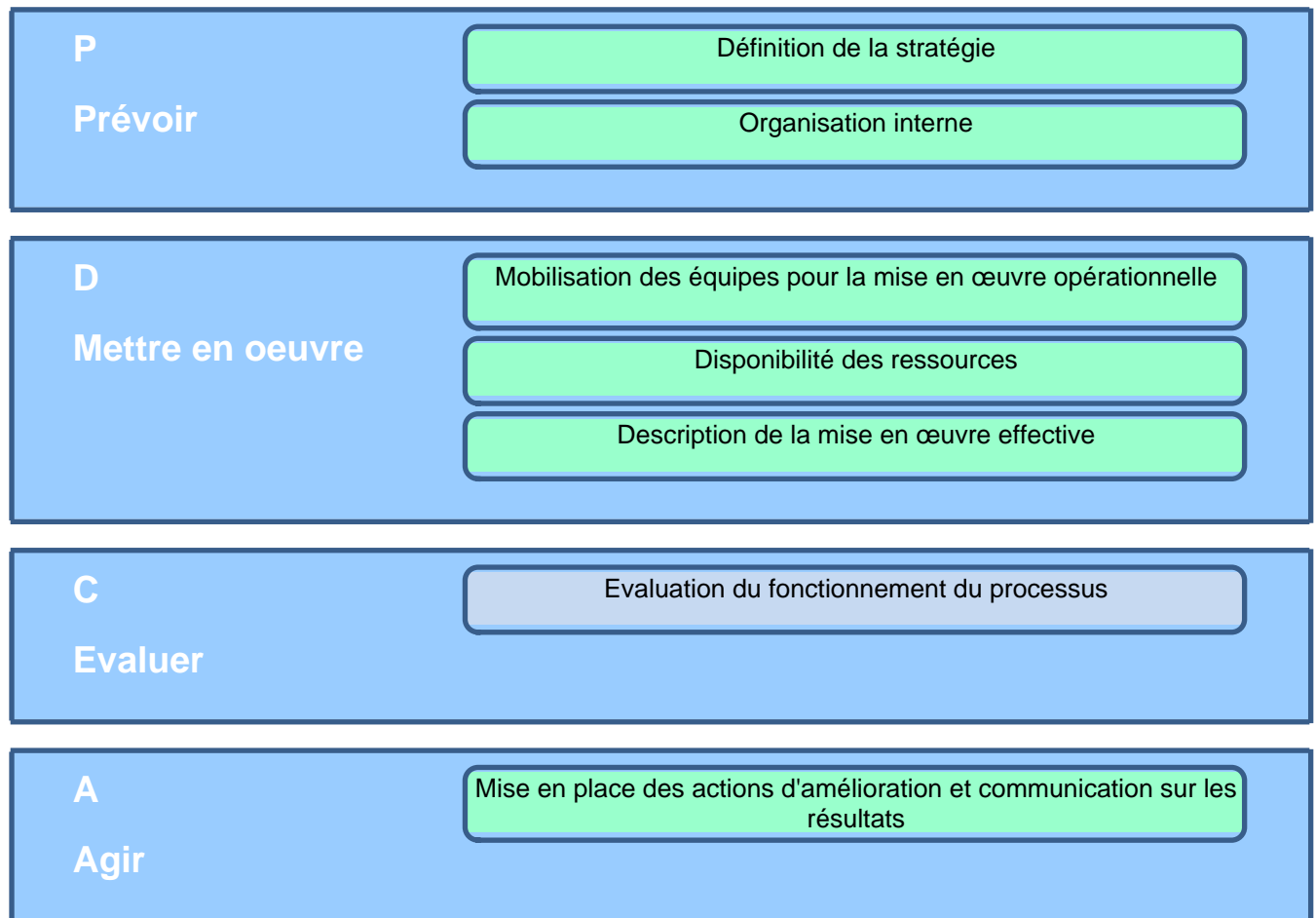
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits du patient figure comme une priorité institutionnelle du CH de Rodez dans le projet médical ainsi que dans le projet de soins 2013-2018. Compte tenu du faible nombre de plaintes et d'événements indésirables sur ce processus, l'identification des risques prioritaires du compte qualité a été réalisée à partir des entretiens avec les professionnels, des résultats des audits, des EPP et de l'exploitation des résultats IPAQSS. Une politique de droits du patient, validée par les instances, a été formalisée. L'établissement a identifié des actions d'amélioration à engager. Il met en œuvre des mesures de traitement des risques. Ces actions nécessaires sont formalisées dans un PAQ droits du patient, intégré au PAQ institutionnel.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a confié le processus de droits du patient à deux cadres de santé qui en assurent le pilotage. Cependant, le pilotage du processus n'est pas formalisé. Les deux pilotes du processus ne disposent pas de fiche de mission définissant leur responsabilité. Pour autant, ces cadres bénéficient d'une expérience significative sur cette thématique et témoignent d'un investissement reconnu par les professionnels.

L'établissement répond aux besoins en ressources humaines. Des actions de formation sont dispensées sur les droits du patient, le secret professionnel, la bientraitance. Des représentants des différents cultes sont également prévus.

Les ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sont identifiées. Pour les chambres à deux lits, des paravents ont été acquis et des rideaux installés. L'établissement dispose de salons pour les familles et de lits accompagnants.

Une documentation professionnelle est accessible sur la gestion documentaire. Le livret d'accueil informe les patients sur leurs droits, les conditions d'accès à leur dossier... L'établissement a organisé un dispositif d'information structuré d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Cette procédure et toutes celles qui ont trait aux droits des patients y sont concentrées. Par ailleurs, une charte locale de bientraitance signée par le management de l'établissement a été rédigée et communiquée.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement entre les professionnels à travers le fonctionnement des différentes instances qualité, CSIRMT de la CRUQPC... Ce dispositif est organisé pour faciliter l'information et la concertation entre professionnels, les secteurs d'activité cliniques et les gestionnaires.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Les deux pilotes du processus sensibilisent l'encadrement de proximité et les professionnels sur la mise en œuvre des actions relatives à la promotion des droits du patient. Les audits sur la bientraitance effectués tous les deux ans à travers la communication des résultats ainsi que les audits sur le port du badge ou le recueil de la personne de confiance contribuent à la mobilisation des cadres et de leurs équipes. La thématique droits du patient est également abordée lors de réunions institutionnelles et les réunions de service... Des actions correctives sont mises en place si nécessaire.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles pour assurer le processus des droits du patient. Les actions de formation et de sensibilisation sont dispensées au personnel via le plan de formation. Afin d'assurer un soutien aux patients ou à son entourage l'établissement dispose des ressources de psychologues et de l'appui de l'équipe mobile en soins palliatifs.

L'équipement hôtelier de l'établissement comporte quelques chambres à deux lits. Les paravents mobiles destinés à assurer le respect de l'intimité du patient lors des soins et de la toilette sont en nombre suffisant dans les services. Des salons sont également disponibles pour préserver l'intimité lors de la visite des familles.

La gestion documentaire est disponible et un dispositif structuré de documentation professionnelle est accessible dans la gestion documentaire de l'établissement. Les procédures sont accessibles dans la gestion documentaire.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement prend en compte le respect des libertés individuelles dans les projets de prise en charge, son organisation et les pratiques professionnelles.

En pratique, un accueil personnalisé et un soutien des patients et de leur entourage est mis en œuvre dans les situations qui le nécessitent, notamment en oncologie, SLD et soins palliatifs. Des psychologues apportent leur aide aux patients ou à leur famille. Le cas échéant, l'équipe mobile de soins palliatifs intervient. Dans les chambres à deux lits, le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins (notamment ceux d'hygiène) est assuré grâce à l'utilisation par les professionnels de paravents ou de rideaux lors de la toilette.

Néanmoins, le respect de l'intimité et de la confidentialité n'est pas toujours garanti. Les patients portent des blouses ouvertes dans le dos. En médecine gériatrique aiguë cette blouse n'assurait pas le respect de l'intimité du patient. De plus, aux urgences, la promiscuité des patients dans la zone d'accueil ne permet pas de garantir le respect de leur intimité ni la confidentialité. De même, en chirurgie ambulatoire les dossiers patient peuvent être disposés sur le charriot de soins dans le couloir. En l'absence de personnel dans le couloir du service, les dossiers sont accessibles à tout visiteur. Dans le service de médecine interne-pneumologie-oncologie des dossiers papier de patients étaient accessibles dans un placard ouvert situé dans la salle " de relève soignante " ouverte, sans personnel à l'intérieur. Les professionnels appliquent la procédure sur prescription médicale des mesures de contention (pose de la barrière de lit, "securidrap"). Elles sont réévaluées et tracées dans le dossier du patient. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRUQPC, via le livret d'accueil. Ce dernier vient d'être réactualisé et les conditions de remise au patient ont fait l'objet d'une procédure. L'information des usagers est faite aussi par l'affichage dans les locaux de l'établissement de la Charte du patient.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est mis en œuvre. Une démarche structurée pour l'information du patient en cas de dommages liés aux soins répond à l'application d'une procédure. Le recueil du consentement éclairé du patient ou éventuellement son refus de soins est réalisé et tracé dans son dossier. Le projet personnalisé de soins est défini et mis œuvre avec la participation du patient en fonction des spécialités ou le cas échéant de son entourage. Il est de 100% en SSR, de 50% en SLD. Les limitations thérapeutiques sont abordées entre l'équipe, le médecin et la famille. Les procédures sont connues et les modalités de signalement des cas de maltraitance ont été définies, tant en ce qui concerne la maltraitance faite par les familles que celle des professionnels.

Les interfaces entre secteurs d'hospitalisation, service qualité, CRUQPC, CME... sont opérationnelles. La traçabilité de leurs articulation, notamment lors de leurs réunions, est réalisée.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés notamment à travers le questionnaire de sortie. Ce questionnaire permet d'obtenir des informations sur les droits du patient, notamment le respect de l'intimité... L'établissement exploite aussi les résultats de l'enquête "ISATIS", le rapport d'activité de la CRUQPC, l'IPAQSS en SSR sur la participation du patient à son projet thérapeutique... Des audits de pratiques sont réalisés ainsi le dispositif d'annonce d'un dommage lié aux soins a fait l'objet également d'une EPP. Une évaluation du niveau d'application des consignes de bientraitance a été effectuée en 2016. L'évaluation du processus est réalisée à l'aide de 17 indicateurs, formatés en tableau de bord qui est examiné lors des revues de processus. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations réalisées. Ainsi, les actions de sensibilisation des professionnels au respect des consignes d'identification et de présentation auprès des patients (port effectif du badge) ou celles concernant les nuisances sonores ressenties par les patients. Le livret d'accueil a été réactualisé. Des supports et modalités de diffusion d'informations sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée vers les services, les pôles et les instances. Les représentants des usagers sont informés des résultats des actions engagées et réalisées en particulier lors des réunions de la CRUQPC.





# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

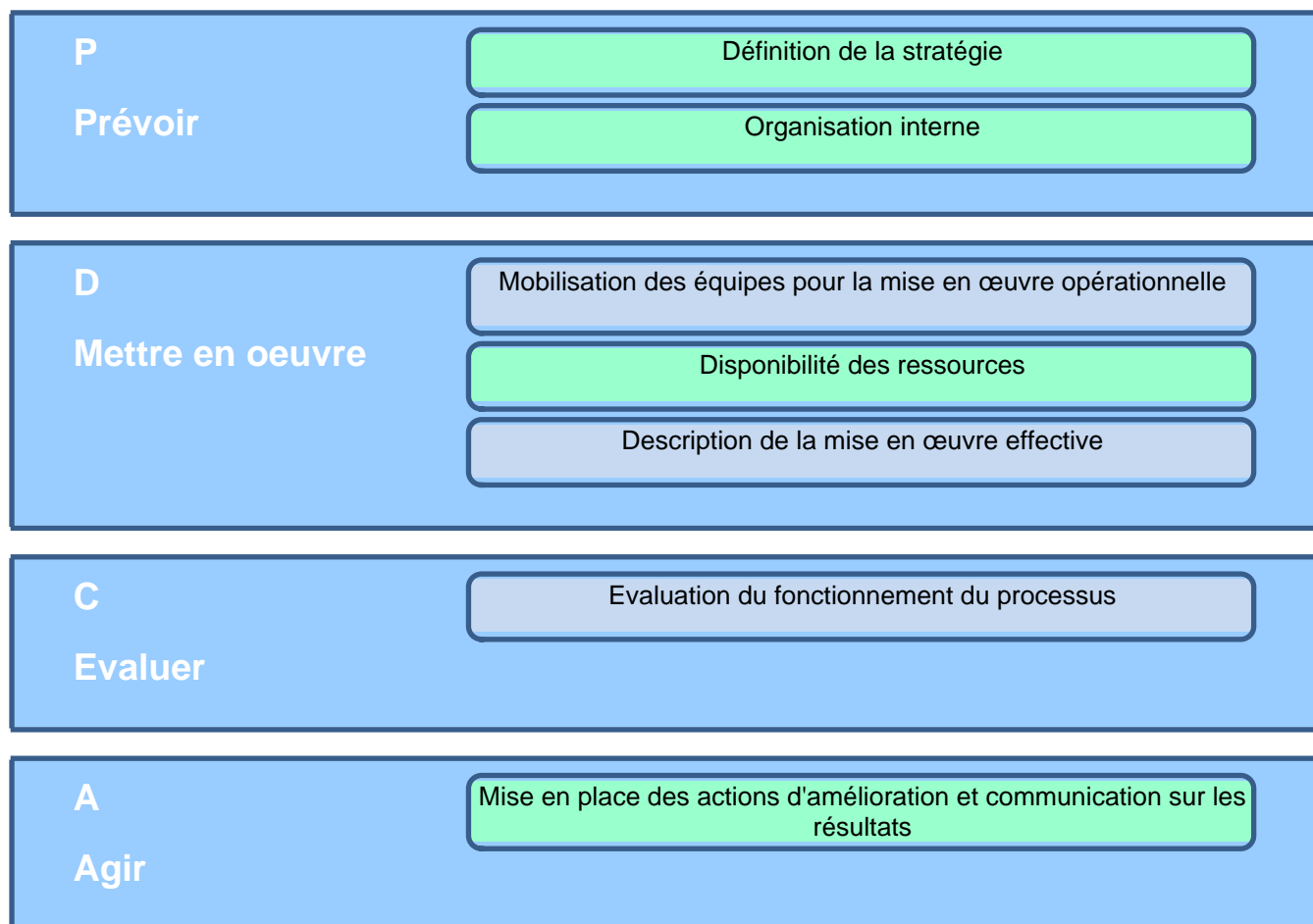
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier de Rodez est composé de plusieurs sites :

- l'hôpital Jacques Puel à Rodez, qui est l'établissement principal, avec une activité MCO et psychiatrie infanto-Juvenile, sur le site de Bourran ;
- l'établissement des Peyrières à Olemps, avec une activité SSR, SLD et EHPAD qui se trouve à 3.5kms du site principal ;
- l'EHPAD Saint-Jacques à Rodez.

Les différentes prises en charge de l'établissement concernées par la certification sont : MCO, SSR, Santé Mentale et SLD. Par ailleurs, le Centre Hospitalier a également une activité de soins et de prévention en milieu pénitentiaire : il existe une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans la nouvelle maison d'arrêt à Druelle qui se trouve à 6 kms du site principal. Au niveau du Centre Hospitalier de Rodez, deux chambres sont réservées et aménagées pour accueillir des détenus.

L'Hôpital de Rodez est identifié comme « hôpital territorial », le seul du territoire disposant d'un service d'accueil des urgences, d'une unité de court séjour gériatrique et d'un plateau technique diversifié.

Il existe une stratégie et des objectifs relatif au Parcours du patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres au CH de Rodez. Il a en effet rédigé et validé une note d'orientation stratégique actualisée en avril 2016, un projet médical 2013/2017 et un projet de soins 2013/2018. Le projet de soins a permis d'identifier comme axe fort de progrès « Le parcours de soins sécurisé, coordonné et efficient ». Cet axe concerne : la transmission soignante, l'utilisation du logiciel informatique dans les soins, la prévention des escarres, la douleur, la nutrition et le parcours identifié coordonné de l'admission à la sortie.

Les risques ont été définis. Des processus du parcours patient sont formalisés sous forme de tableaux synoptiques. Ils retracent toutes les actions de prise en charge depuis l'entrée jusqu'à la sortie du patient avec l'ensemble des interactions et de la coordination entre professionnels.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

**ORGANISATION INTERNE**

Les services de l'établissement sont organisés en 4 pôles : pôle Médico-technique, Urgences et Réanimation ; pôle Médical ; pôle Médico-Gériatrique et pôle Chirurgie, Anesthésiste, Mère-enfant, Pharmacie.

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage des processus « parcours patient » est assuré par un co-pilotage médecin et cadre supérieur avec une définition des missions et des objectifs à atteindre.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse aux besoins en ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Il existe un plan de formation institutionnelle validé par les instances. Les recrutements et la gestion des compétences sont formalisés.

L'établissement a développé une gestion documentaire essentiellement informatique qui permet à chaque professionnel un accès rapide et sécurisé au programme qualité/gestion des risques et à l'ensemble des documents et procédures relatifs à la prise en charge des patients. La prise en charge des urgences vitales notamment est structurée. Le CH dispose d'un SAMU.

Les circuits et interfaces sont définis avec les différents secteurs (cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs).

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux filières des patients sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres, référent qualité, ont en charge la déclinaison des objectifs du programme qualité et gestion des risques. Ils sensibilisent ainsi les professionnels sur les risques identifiés dans leurs services. Des staffs sont organisés de façon pluridisciplinaire dans l'ensemble des services. Les cadres s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats des audits mis en place. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les équipes soignantes et médicales de l'établissement sont motivées pour poursuivre la dynamique engagée depuis quelques années concernant les CREX et les RMM. La politique EPP est en place dans les secteurs

d'activité.

Les professionnels se sont effectivement approprié les objectifs et plans d'actions relatif au Parcours du patient. Suite aux évaluations de pratique, les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les services.

Les professionnels bénéficient de formations validées au niveau institutionnel en fonction des besoins des prises en charge des patients. La permanence et la continuité des soins sont assurées par des gardes sur place aux urgences et des astreintes opérationnelles dans les services. Les règles de présence des autres personnels sont établies. Les personnels soignants sont, pour la plupart, formés à l'AGFSU et chaque unité dispose d'un chariot d'urgence vérifié et scellé. En revanche, si les formations aux gestes d'urgence AFGSU recyclage sont proposées aux professionnels, elles ne sont pas toujours suivies. En effet, les cadres des services sont parfois contraints à annuler une participation à la formation AFGSU recyclage faute de pouvoir mobiliser un remplaçant. 59 agents ont pu bénéficier de cette formation lors du 1er trimestre 2016.

Les ressources en matériel de manutention, logistiques, techniques sont présentes dans les unités de soins. L'optimisation des lits est un objectif prioritaire pour l'établissement. Celui-ci a été accompagné par l'ANAP dans le cadre de la gestion des lits afin de fluidifier les parcours des patients notamment celui du service des urgences.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation et les modalités de la prise en charge des patients de l'entrée à la sortie sont connues des professionnels. Les règles et protocoles sont adaptés en fonction des spécificités de chaque prise en charges et répondent à des procédures.

En pratique, le mode d'entrée le plus fréquent est en lien étroit avec les urgences. Pour les personnes démunies ou en situation de précarité, l'établissement dispose d'une PASS. Le service des admissions réalisent les accompagnements nécessaires aux démarches notamment pour les ouvertures de droit. Pour tous les patients, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient est réalisée. Il est établi un projet de soins personnalisé. Pour le dépistage des troubles nutritionnels, l'établissement dispose d'un CLAN et des procédures de suivi des patients dénutris en fonction des prises en charge spécifiques. Le personnel évalue systématiquement la douleur, le risque d'escarres et l'état nutritionnel à l'arrivée du patient. Une prise en charge de ces risques est formalisée. La prise en charge de populations spécifiques, par exemple, les personnes âgées, les personnes handicapées, les détenus, est assurée. L'USLD et le SSR disposent de bracelets anti fugue en cas de besoin. Des contentions peuvent également être mises en place sur prescription. Le risque suicidaire est pris en compte dès les premiers symptômes que présentent le patient. Une échelle d'évaluation de ce risque est disponible. Les soignants connaissent les mesures à mettre en place : condamnation des ouvertures des fenêtres, retrait des objets coupants, etc. Le Centre Hospitalier de Rodez à la possibilité de faire appel aux médecins ou IDE psychiatres du CHS de Rodez ce qui permet une consultation rapide dans le cadre de la prévention du risque suicidaire. L'équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande dans les services. Un accompagnement est proposé à la famille et à l'entourage des patients. Le personnel peut également bénéficier d'un accompagnement psychologique.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le travail en équipe est encouragé. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées dans les différents secteurs d'activité, ils font l'objet d'une traçabilité. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe. L'établissement bénéficie de l'apport des professionnels spécifiques (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, psychologues, stomathérapeute...) qui participent aux actions de rééducation des patients. De nombreuses actions éducatives sont déployées dans de nombreux domaines. L'organisation de la sortie du patient est anticipée et mise en œuvre selon le type de prise en charge.

La traçabilité de toutes les actions et activités réalisées est assurée et partagée.

Cependant, la traçabilité de l'évaluation de la douleur pendant le séjour en SSR et USLD n'est pas systématique. Selon les propos de l'encadrement du service SSR et USLD, ce que confirment les IPAQSS SSR 2014 qui indiquent que 2 résultats de mesure de la douleur avec échelle dans le dossier du patient algique sont retrouvés dans 35 % des cas seulement. Ceci est confirmé lors de la rencontre avec les patients traceurs, un patient de l'USLD et un patient du SSR, la traçabilité de la prise en charge de la douleur pendant le séjour n'a pas été retrouvée dans leur dossier.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Les actions d'évaluation dans le cadre du parcours patient sont essentiellement basées sur le suivi des indicateurs IQSS, des enquêtes de

prévalences chutes et des escarres notamment pour le pôle gériatrie. Les questionnaires de sortie permettent de qualifier la satisfaction des patients.

La politique des EPP est déployée, les services effectuent des enquêtes de prévalence sur les escarres et la douleur. L'établissement a prévu une réévaluation annuelle du plan d'actions. Des bilans annuels sont réalisés par la CRUQPC, la gestion des risques et les comités réglementaires (CLAN, CLIN, COMEDIMS...). L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

## **A / AGIR**

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

Les divers audits ou enquêtes menés aboutissent à des actions d'amélioration organisées et structurées au niveau de l'établissement. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le plan d'action est partagé avec les services. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est faite par le cadre lors des réunions de service et au fil de l'eau. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les résultats sont également affichés dans les services.

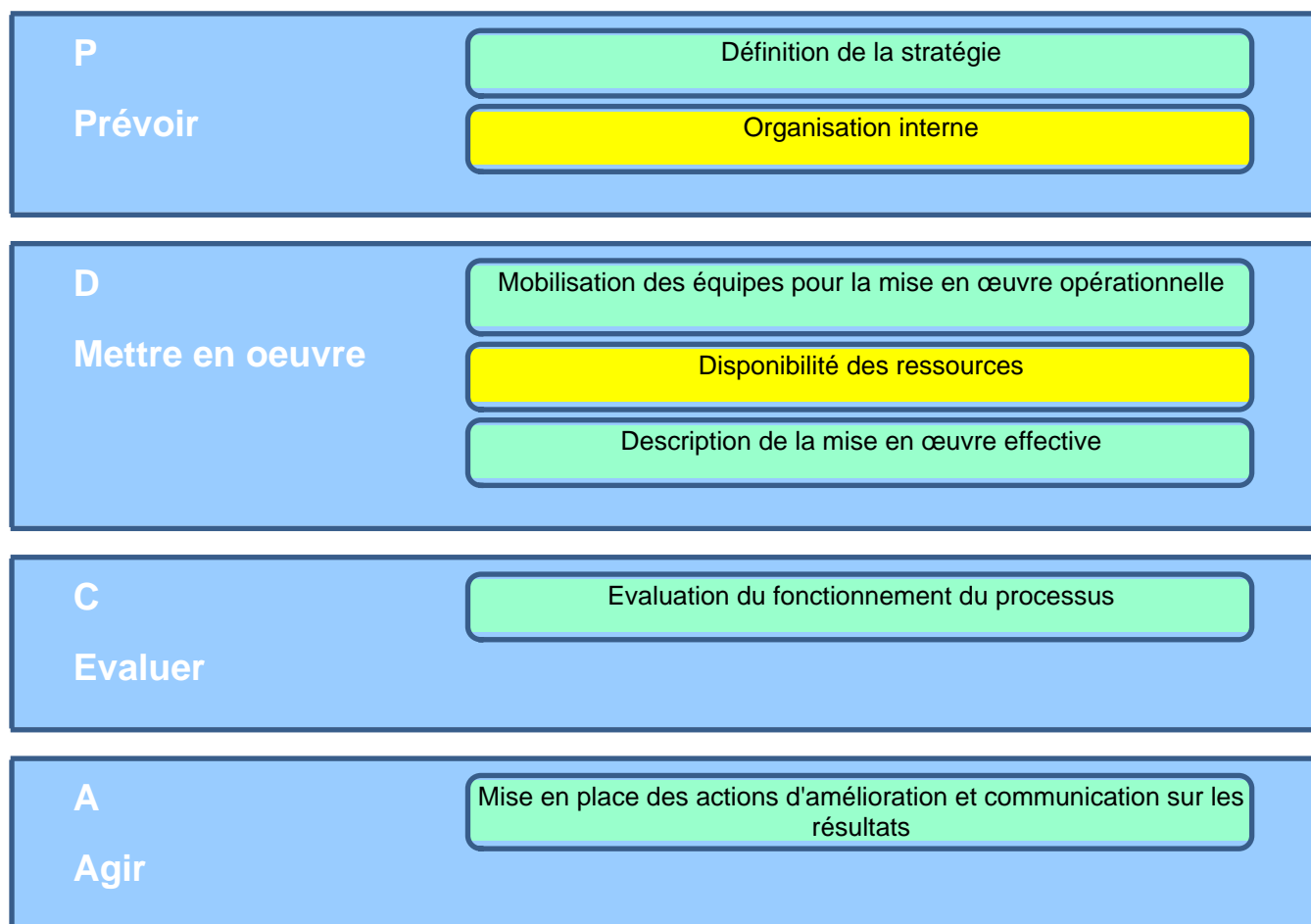
# DOSSIER PATIENT

## 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**

L'établissement a identifié ses risques pour élaborer son compte qualité à partir de l'exploitation des événements indésirables, des audits de dossiers, d'une analyse des risques a priori et des dire des professionnels. La cartographie du processus du dossier patient a permis également d'identifier certains risques aux interfaces du processus. Dans ce cadre, un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place. L'identification des besoins des professionnels est réalisée en continu grâce notamment à un praticien délégué au suivi de l'informatisation du dossier du patient et un cadre de santé en transversal. Les risques identifiés ont été priorisés en fonction de leur criticité. Un PAQ de ce processus a été formalisé. Il est régulièrement suivi et intégré au PAQ institutionnel. En revanche, il n'existe pas de stratégie du dossier du patient visible. L'établissement n'a pas formalisé de stratégie du dossier patient, fixant des orientations et traitant du dossier informatisé, des dossiers papier et des différentes interfaces afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données nécessaires à la prise en charge du patient.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a identifié les ressources nécessaires au processus dossier patient. Un médecin a été affecté à l'appui du dossier informatisé ainsi qu'un cadre de santé en transversal pour faciliter le développement du dossier patient et les liens entre les professionnels des services cliniques et ceux des fonctions support. Des formations sont dispensées notamment aux nouveaux arrivants et aux internes. Néanmoins, le pilotage du processus de dossier du patient n'est pas formalisé. Le praticien en charge du DIM a été chargé du pilotage du processus de dossier du patient. Il n'existe pas de lettre de mission ou fiche de poste précisant ses responsabilités et son articulation avec le responsable du SIH, ni ses fonctions de responsable du DIM. Dans les services visités, le pilote du processus du dossier patient n'est pas identifié par les professionnels. La gestion documentaire met à disposition les procédures de gestion du dossier patient informatisé regroupées dans un guide : gestion et remplissage du dossier, accès du patient à son dossier, règles de gestion de l'identité du patient... Une "charte d'accès et d'usage au système d'information hospitalier" est diffusée auprès des professionnels. Une gestion organisée et tracée de gestion des droits d'accès au dossier est effective avec la définition de profils métiers par unité fonctionnelle. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont explicitées dans une procédure. Il existe un plan d'équipement informatique et un plan de maintenance des installations. La gestion des interfaces est fonctionnelle entre les secrétariats médicaux, les archives médicales, le DIM et le SIH. Cela permet la coordination des soins mais cette organisation n'est pas formalisée.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le PAQ du processus du dossier patient est mis en œuvre. Les professionnels médicaux et non médicaux sont impliqués dans la réalisation de ce PAQ. Des actions de sensibilisation sont effectuées par le responsable du SIH, le médecin en appui du dossier dossier informatisé et le service qualité. Des audits réguliers sont organisés. Les responsables s'assurent ainsi de la conformité des pratiques par rapport aux règles de gestion du dossier, de sa création jusque à son archivage ou sa transmission au patient. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin à partir de l'analyse d'éventuels dysfonctionnements, ou d'indicateurs péjoratifs.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement met à disposition les ressources matériels et humaines pour développer le dossier patient. L'établissement a déployé un dossier patient informatisé sur l'ensemble des services d'hospitalisation. Les secteurs non informatisés lors de la visite concernaient l'ambulatorio (consultations, hôpital de jour...), le bloc opératoire, le dossier d'hémovigilance (mais la prescription de produits sanguins est informatisée). Des formations sont régulièrement dispensées aux professionnels dont les nouveaux arrivants (internes...). Les documents nécessaires et procédures sont accessibles via la gestion documentaire. Les règles de gestion du dossier, de l'identité patient et de traitement des doublons par exemple y sont accessibles. L'établissement dispose d'un parc significatif de postes informatiques en réseau. Un plan de maintenance des équipements et des réseaux est en place. Les locaux d'archivage central des dossiers patient sont sécurisés. En revanche, le fonctionnement du

service des archives médicales est peu structuré. Le local des archives médicales contient également des archives administratives. Les couloirs entre les rayonnages étroits sont peu ergonomiques. Le jour de la visite, le local des archives vivantes en gynécologie obstétrique était ouvert. L'agent rencontré lors de la visite ne connaissait pas la procédure théoriquement en vigueur dans ce service.

De plus, la conformité du dossier informatique et des dossiers papier archivés n'est pas garantie. L'établissement édite en fin d'hospitalisation le dossier informatisé en format papier. Cette édition ne peut assurer que le dossier informatisé n'ait pas été modifié après archivage.

Par ailleurs, à côté du dossier informatisé est utilisé par certains praticiens un dossier papier. Aucune procédure ne permet de garantir l'identité de contenu de ces deux supports.

Dans le cadre d'hôpital numérique, un plan de reprise de l'activité et de continuité de l'activité est formalisé. En cas de panne informatique, une procédure dégradée permet d'assurer la conservation des données médicales nécessaires à la prise en charge du patient ainsi que l'édition d'identités provisoires de patients.

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

Les différents éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile au dossier du patient par les personnels médicaux, paramédicaux et sociaux. Ils sont partagés par l'ensemble des professionnels des différents spécialités. L'accès des praticiens aux données médicales et soignantes nécessaires à la prise en charge du patient est assuré en temps utile via le dossier informatisé. Les procédures de gestion de l'identitovigilance (fusion, collusion...) sont appliquées par les professionnels. Une cellule d'identitovigilance élabore les protocoles nécessaires.

L'accès du patient à son dossier est organisé via le service des archives médicales. La procédure est connue et appliquée. Le délai moyen de transmission de ce dossier au patient s'établit à 6 jours soit un délai inférieur à celui réglementaire de 8 jours pour les dossiers patient de moins de 5 ans.

Une liste des documents remis au patient lors de sa sortie est mise en place dans les délais requis (ordonnance, lettre de sortie, protocoles de soins le cas échéant). La transmission des données en amont de l'établissement est organisée via l'utilisation de fiches de liaison. En aval, elle est réalisée par l'édition du dossier informatisé.

Par contre, l'exhaustivité des données médicales nécessaires à la prise en charge du patient n'est pas toujours assurée. En ce qui concerne les patients suivis à l'extérieur par des chirurgiens libéraux et opérés au centre hospitalier, les données médicales de leurs consultations effectuées en cabinet ne sont pas récupérées dans le dossier hospitalier. Il en résulte donc une perte des données médicales nécessaires à la prise en charge du patient.

#### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation du processus du dossier patient grâce à un tableau de bord composé de 14 indicateurs de gestion du dossier patient, d'accès du patient à son dossier et ceux d'hôpital numérique. Ces indicateurs exploitent notamment les IQSS nationaux (tenue du dossier patient...). Les indicateurs péjoratifs classés en C font l'objet d'actions d'amélioration. Des audits sont également effectués sur le contenu du dossier du patient ainsi que sur le médicament, l'évaluation de la douleur...

#### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre. Ainsi, l'hémodialyse a été informatisée en juin 2016. L'évaluation de la traçabilité de l'indice de masse corporelle (IMC) a permis de développer des actions de sensibilisation sur le risque de dénutrition. Les actions d'amélioration sont intégrées au programme d'actions institutionnel régulièrement réactualisé. Le PAQ du processus fait l'objet d'un suivi régulier et structuré. La communication des résultats des actions d'amélioration auprès des professionnels est réalisée notamment à travers les réunions institutionnelles, le Copil dossier du patient, la CSIRMT, le comité d'informatisation du dossier de soins et les réunions des services.





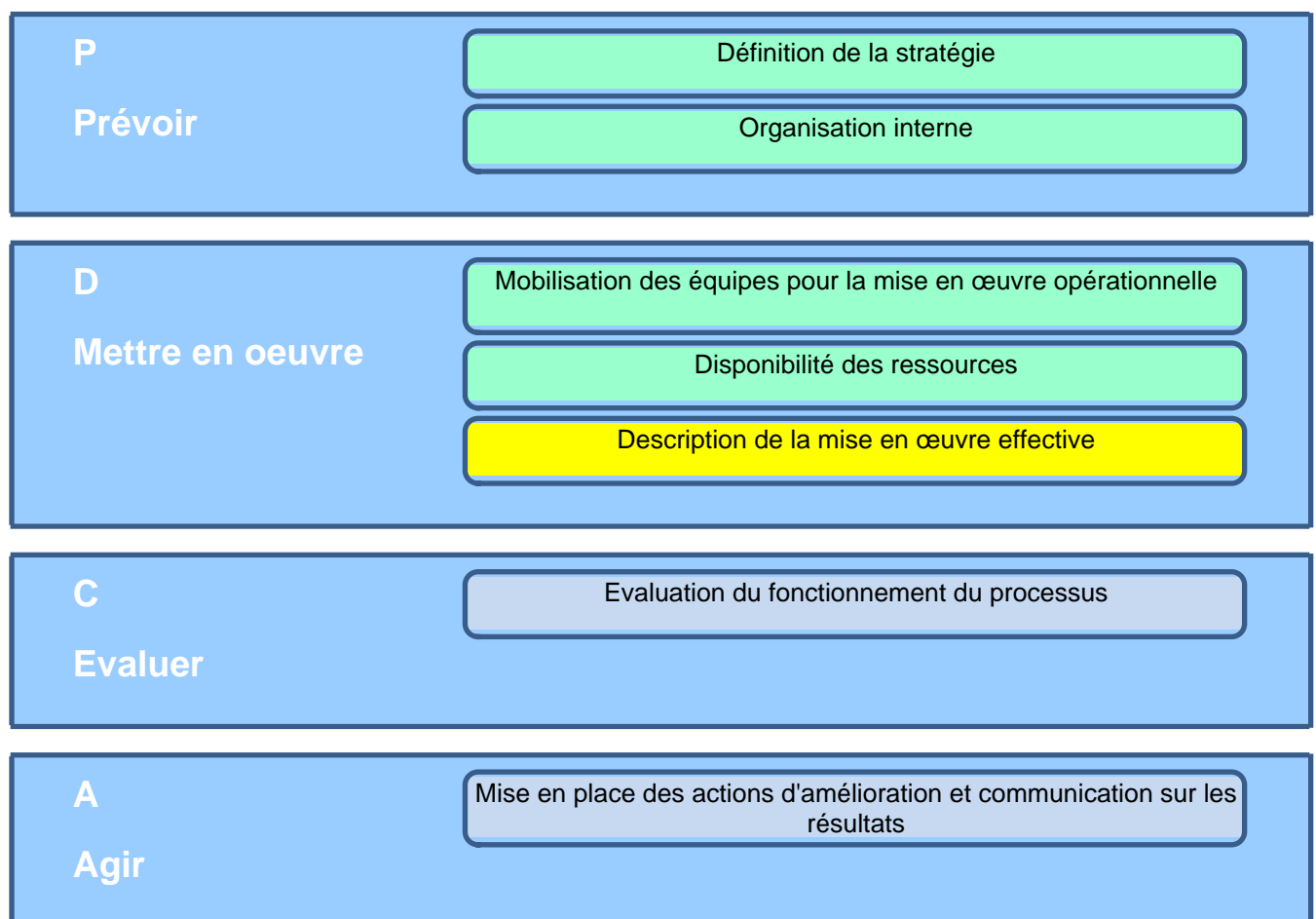
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Au sein du CH de Rodez, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse constitue une des priorités de la politique management qualité et risques. Le contrat de bon usage des médicaments a été signé en 2015 avec l'ARS.

La stratégie adoptée est traduite dans le Manuel Assurance Qualité de la prise en charge médicamenteuse qui intègre l'organisation de la PUI, les responsabilités des professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse et les différentes étapes du circuit du médicament.

Les axes d'amélioration sont identifiés avec la cartographie des risques a priori réalisée il y a quelques années. Les actions d'amélioration découlent des risques identifiés et des Fiches d'Évènements Indésirables analysées de façon pluri-professionnelle.

Le plan d'actions formalisé et priorisé, relatif au circuit du médicament est intégré au Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins institutionnel. Il est actualisé annuellement et présenté aux membres de la CRU. Sa diffusion est assurée auprès des professionnels via internet, les cadres, le journal du CH. Les actions retenues au Compte Qualité le sont conjointement par la responsable de la PECM et la responsable qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pharmacien gérant est responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La COMEDIMS de l'établissement est l'instance de validation des actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse ; son fonctionnement est articulé ainsi avec le dispositif de management qualité et risques et avec la commission des anti-infectieux. L'établissement participe à des groupes de travail régionaux et nationaux.

Les rôles du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, des autres pharmaciens, des préparateurs en pharmacie, des agents de pharmacie sont définies. Les préparateurs en pharmacie ont un roulement qui leur permet d'assurer tous les postes. Un médecin infectiologue assure l'animation de la Commission des Anti Infectieux et le conseil auprès des médecins prescripteurs. La COMEDIMS est interfacée avec la direction de la qualité et de la gestion des risques et la commission des anti-infectieux. La gestion des fluides médicaux (en bouteille) est intégrée au fonctionnement de la PUI. Des formations à la sensibilisation des erreurs médicamenteuses sont organisées dans l'établissement.

La mise à disposition des ressources matérielles et documentaires est établie en réponse à l'activité aux objectifs et risques identifiés.

L'informatisation du circuit du médicament date de 2009. L'informatisation de la prise en charge pharmaceutique est déployée sur tout le secteur d'hospitalisation conventionnel mais pas sur les hôpitaux de jour. De ce fait, 77% patients bénéficient d'une prescription informatisée.

La prise en charge médicamenteuse est décrite dans une procédure institutionnelle validée : le manuel qualité de la PECM. Elle est complétée par des fiches techniques et/ou des instructions précisant les modalités de réalisation de certaines étapes du processus (gestion des dispositifs médicaux, médicaments à risque, stupéfiants). Les règles de gestion du traitement personnel des patients sont définies. Les spécificités des populations à risque comme les enfants et les personnes âgées sont prises en compte. Les professionnels disposent d'un outil d'aide à l'utilisation du logiciel du dossier médical intégrant la prescription-administration. La délivrance des médicaments est pour la majeure partie globalisée, elle bénéficie d'une gestion plein vide et d'un approvisionnement automatisé. Les règles de prescription et d'administration des médicaments à risques sont définies. Le fonctionnement de la pharmacie à usage intérieur est formalisé dans une procédure. Les astreintes sont assurées en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie par les pharmaciens. La procédure est connue des professionnels. Les ressources documentaires sont adaptées aux besoins des structures et actualisées, elles sont intégrées dans la gestion documentaire. Certaines sont récentes. L'URC fait partie intégrante de l'activité de la pharmacie. Deux pharmaciennes possèdent la qualification « chimiothérapie », elles ont formé les préparateurs en pharmacie aux bonnes pratiques en matière de reconstitution des traitements anticancéreux. Tous les préparateurs ont été formés et à tour de rôle prennent les deux postes journaliers en URC. Cependant, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des chimiothérapies ne sont pas toutes définies et mises en œuvre. En effet, bien que deux pharmaciennes possédant la qualification « chimio », aient formé les préparateurs en pharmacie en matière de reconstitution des traitements anticancéreux, aucun préparateur n'a cependant suivi une formation externe qualifiante.

La chaîne du froid est respectée et les contenants adaptés.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

L'équipe de la pharmacie assure la coordination opérationnelle des objectifs institutionnels dans les secteurs d'activité ; un relais est en place par le biais des cadres et des référents « pharmacie ». La déclaration des évènements indésirables est effective, elle doit encore se développer. Elle est suivie et peut déclencher des évaluations de pratiques professionnelles. La sensibilisation des professionnels à l'erreur médicamenteuse est assurée via la formation (réalisée par un organisme extérieur et réalisée au sein du CH, elle est très appréciée des professionnels), les notes internes de la pharmacie, les alertes informatiques. La PUI dispose d'un tableau synthétique regroupant les risques, les objectifs annuels, les EPP, les indicateurs et documents de référence. Ce document fait l'objet d'une communication orale auprès des professionnels.

L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques dans les services par rapport aux dispositions prévues. Les équipes se mobilisent dans la mise en œuvre opérationnelle. Elles font évoluer les pratiques et permettent de mettre en place un fonctionnement plus sécurisé.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les effectifs et les compétences sont conformes aux besoins et activités des services.

La sensibilisation des professionnels à l'erreur médicamenteuse est prévue.

Cependant, les actions de sensibilisation et de formation au risque d'erreur médicamenteuse proposées aux nouveaux arrivants ne sont pas toujours suivies. En effet, les cadres des unités sont parfois contraints à annuler une participation à la formation "nouvel arrivant " faute de pouvoir mobiliser un remplaçant, huit agents ont pu bénéficier de la formation sur la premier trimestre 2016.

Les préparateurs intervenant à l'URC bénéficient d'une formation à la préparation des médicaments anticancéreux en zone d'atmosphère contrôlée par deux des pharmaciens du CH.

L'accès aux locaux de la pharmacie à usage intérieur est sécurisé. Les astreintes de la pharmacie sont opérationnelles. Les dotations sont suffisantes en quantité pour assurer la continuité de la PEC médicamenteuse. Les approvisionnements sont réguliers grâce au système plein vide et bénéficient du système automatisé du transport.

Des réfrigérateurs sont disponibles pour les médicaments dans chaque unité. La salle de chimiothérapie fait l'objet d'une maintenance adaptée (performance de la hotte, surveillance microbiologique).

La documentation présente sur intranet est actualisée et accessible dans les secteurs d'activité. Elle est pour partie réactualisée, elle a été réalisée avec la participation des professionnels. L'aide à la prescription est assurée via la mise à disposition d'outils (guides et recommandations de bonnes pratiques, livret thérapeutique, tableau des équivalences), à des fonctionnalités du logiciel de prescription-administration (généralisation des DCI en complément des noms commerciaux des médicaments). Le logiciel de prescription médicamenteuse est opérationnel, son accès est sécurisé par des mots de passe.

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

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

La permanence pharmaceutique est organisée, elle est connue et utilisée par les professionnels. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs sur le dossier informatisé et sur le dossier papier. Les signatures des prescripteurs sont collectées et conservées à la pharmacie. Les règles d'administration des médicaments sont respectées et la traçabilité est réalisée en temps réel. L'analyse pharmaceutique a priori est effective pour 64% de séjours. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie et organisée dans la sécurité lors des autorisations de sortie du week-end. Les prescriptions médicamenteuses lors de l'admission et de la sortie du patient tiennent compte des traitements personnels. L'informatisation a permis de faire évoluer de façon significative les indicateurs de conformité des prescriptions médicamenteuses ainsi que le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet (77% des séjours informatisés en ont bénéficié en 2015). La délivrance des médicaments est globalisée sauf pour les médicaments à risque ou onéreux. La délivrance nominative journalière concerne 53 lits (c'est à dire : les unités de neurologie, de chimio et l'USINV).

La conservation et l'acheminement des médicaments sont sécurisés (y compris pour les médicaments nécessitant un respect strict de la chaîne du froid, pour les stupéfiants), tant à la PUI que dans les services cliniques (armoires et chariots de médicaments, chariots de soins, chariots d'urgence, armoires de dépannage). La température des réfrigérateurs à médicaments est tracée ; le retour des médicaments à la pharmacie est organisé. L'élimination des médicaments périmés respecte le circuit des déchets à risques. La dispensation nominative quotidienne est en place, la gestion des péremptions est fonctionnelle. Les bonnes pratiques en matière de préparation sont mises en œuvre en référence aux règles définies (préparation des piluliers, gestion des blisters, alertes).

En revanche, les modalités assurant la sécurisation du stockage dans les services ne sont pas toutes

assurées. En effet, les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans l'armoire à pharmacie (excepté pour le chlorure de potassium et les stupéfiants) et donc ne sont pas repérables par les infirmières. De plus, les dotations ne sont pas revues régulièrement et il a été observé dans deux armoires à pharmacie en chirurgie et en médecine un nombre très important d'enveloppes de médicaments hors dotation (entre 30 et 40 sortes de comprimés regroupés dans des enveloppes différentes au sein de chaque armoire).

L'administration des médicaments répond aux règles de bonnes pratiques, piluliers journaliers. Dans les salles de restauration, ce sont les infirmières qui distribuent les médicaments. La traçabilité est partout immédiate. L'activité de l'URC est organisée afin de respecter les règles de bonne pratique. Deux préparateurs en pharmacie, encadrés par un pharmacien assurent la préparation de toutes les poches, environ 9000 à 10000 par an. Les différents contrôles sont réalisés. Leur traçabilité est effective. La maintenance de la hotte est assurée, l'hygiène est respectée et tracée, les résultats des analyses microbiologiques sont analysés. Un protocole de dépannage interne en cas de panne de la hotte est en place. Le rapprochement des établissements du CHT devrait permettre d'établir une convention de prise en charge de la reconstitution dans un autre CH.

Des actions d'information pour les patients sont mises en œuvre dans les services (gestion des AVK, de l'insuline). Les fiches d'événements indésirables sont analysées avec les professionnels concernés. L'entretien des locaux de la pharmacie est organisé. Les armoires à pharmacie sont gérées pour partie par les professionnels de la pharmacie et des unités. Les préemptions sont suivies.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement du processus de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés : recueil des indicateurs nationaux IQSS, régionaux et locaux, EPP, analyse des événements indésirables, des non-conformités spécifiques (stupéfiants, antibiotiques) et des erreurs médicamenteuses, des indicateurs de consommations. la bonne tenue des armoires à pharmacie, la gestion des stupéfiants, etc. Le programme des évaluations est formalisé annuellement, le tableau de bord est actualisé en fonction des résultats obtenus. Des RMM, des CREX "médicament" sont menés ; leur analyse donne toujours lieu à des actions d'amélioration en lien avec les objectifs du CBUM. Les actions peuvent être intégrées au PAQSSS. De plus, des audits sur la PECM sont organisés, les audits « patient traceur » ont été menés dans tous les pôles, ils ont révélé des points à améliorer et donc sécurisé la PECM. Les audits réguliers des armoires à pharmacie ont amélioré leur gestion, l'audit sur la gestion des stupéfiants suivi des actions d'amélioration dont une procédure et des supports adaptés a réglé les différents problèmes. Une nouvelle mesure des indicateurs de tenue du dossier patient, réalisées en 2015 selon la méthodologie IPAQSS, a montré une évolution significative de la conformité des prescriptions médicamenteuses.

## A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés avec la responsable de la prise en charge médicamenteuse et la Responsable de la qualité et de la gestion des risques. La communication est assurée via intranet, les réunions d'information et sur des supports écrits qui sont transmis aux professionnels. La CRU est informée. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS.



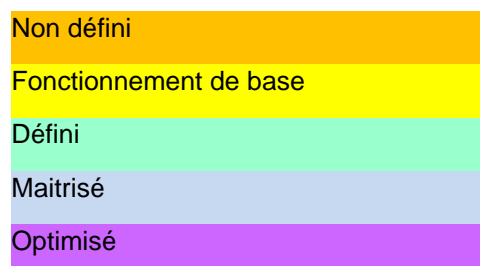
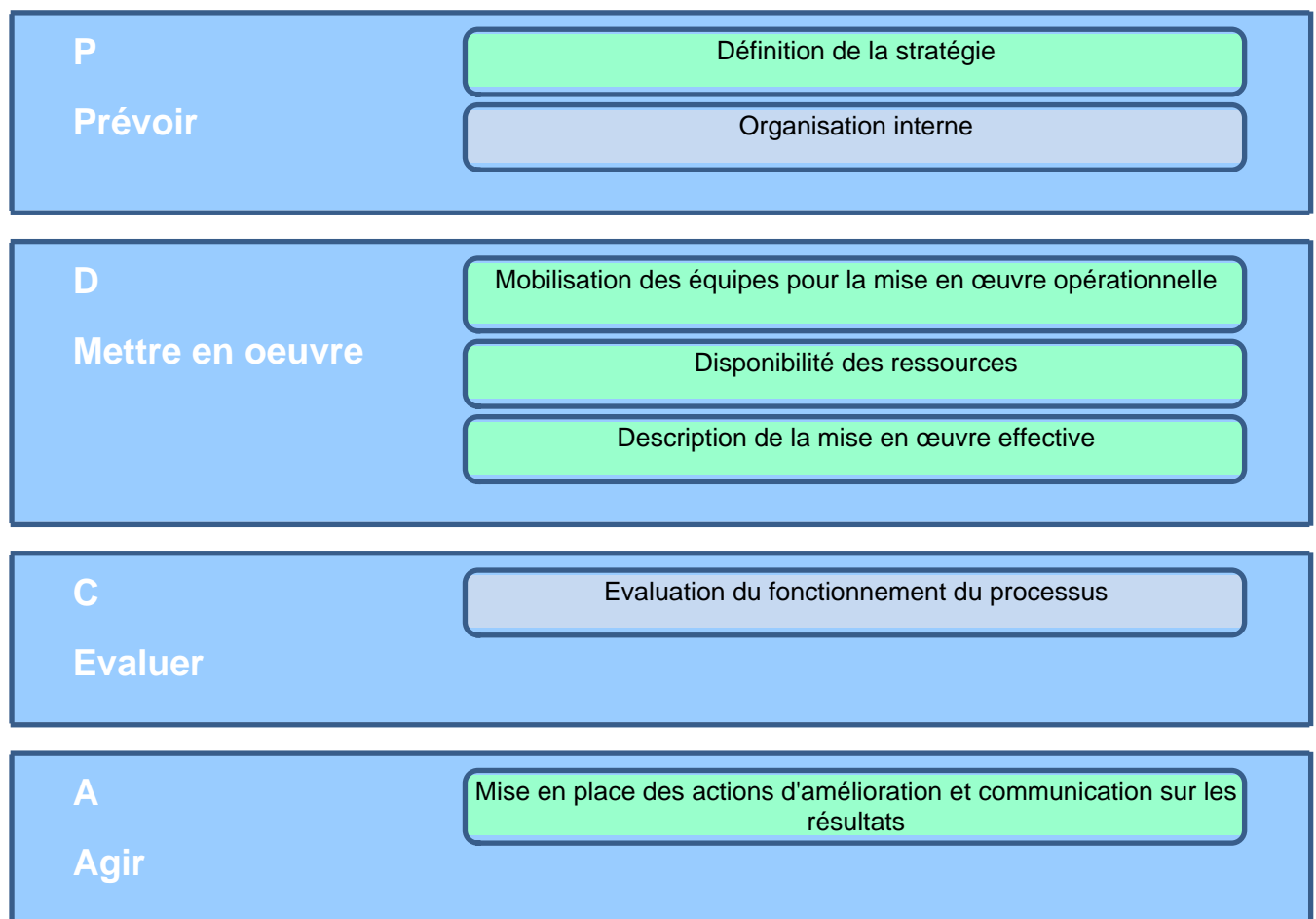
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences du CH de Rodez est intégré au pôle médicotechnique, urgence réanimation et comporte : le SAU, l'UHCD, le SAMU et le SMUR. Il reçoit les adultes et enfants. Les urgences obstétricales sont prises en charge au niveau de la salle de naissance. L'activité est en constante augmentation. Le nombre de passages est actuellement de 30000/an.

La stratégie établie pour ce secteur est définie dans le CPOM et le projet médical. Les axes forts sont la restructuration de l'accueil, l'augmentation des capacités d'UHCD et la création d'une unité post urgence. L'identification des risques a été établie à partir de l'analyse du processus Urgences, des FEI, des plaintes, des CREX et RMM et de l'avis des usagers au travers la CRUQ. Les risques priorités ont été reportés au compte Qualité et les plans d'actions intégrés au PAQSS institutionnel après validation par les instances.

#### ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par le chef de service des urgences et les cadres de santé, les cadres de santé ont des fiches de postes, les ressources médicales et paramédicales du SAU sont mutualisées avec le SAMU, SMUR et UHCD. Les circuits sont définis dans la charte de fonctionnement.

Pour les adultes, sont différenciés un circuit court et un circuit long, une zone de décontamination avec 3 douches est mobilisable sans délai au niveau du SAS ambulance, en cas d'exposition NRBC. L'accueil pédiatrique est individualisé avec 2 boxes d'examen et une salle d'attente. Une puéricultrice est présente au SAU. L'avis d'un pédiatre est requis avant sortie du SAU pour les pathologies médicales. L'établissement a identifié le point de fragilité qu'est l'absence d'intimité et de confidentialité à l'accueil des urgences. Un projet de restructuration est acté dans le projet médical, avec financement et échéancier pour fin 2016. L'accueil des démunis est organisé au niveau de la PASS en collaboration étroite avec les médecins urgentistes. Les détenus sont pris en charge avec un circuit différencié, évitant le flux des patients.

Le plateau technique (imagerie, laboratoire, Bloc opératoire et réanimation) est à proximité immédiate des urgences. Les interfaces avec les services supports sont définies (pharmacie, SIH, biomédical). Le dossier patient est informatisé.

Les besoins en formation sont identifiés, un CESU est opérationnel au sein de la structure.

Les filières spécifiques de prise en charge sont formalisées. La disponibilité des spécialistes est organisée sur site. Le tableau de garde est disponible au SAU. Les urgences psychiatriques sont adressées au centre spécialisé de Rodez après examen somatique. Le recours aux spécialistes non présents sur le CH est conventionné avec les CHU de Toulouse et/ou Montpellier. Une organisation est en place pour connaître la disponibilité des lits, le recensement est effectué par les agents d'identification du SAU. La Commission des Admissions Non Programmées est opérationnelle et a élaboré une procédure "hôpital sous tension". Cette procédure est validée par les instances. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La démarche institutionnelles est portée par le chef de service et l'encadrement. Une extraction du PAQSS est fournie par le service qualité précisant les objectifs et le plan d'actions prioritaires à mettre en œuvre par le service des urgences. Les professionnels sont informés lors de réunions de service et par voie d'affichage. Ils participent au groupe de travail pour le projet de restructuration. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques en réalisant des audits internes (tenues professionnelles, zéro bijoux) et des EPP (PEC douleurs, patient traceur, staff-EPP). Le recueil et l'analyse des FEI sont opérationnels. Des actions correctives sont menées en cas de besoin au sein du service.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources médicales et paramédicales sont en adéquation avec les besoins du services. Le temps de travail médical a été contractualisé au regard de la circulaire de juillet 2015, intégrant les activités non postées (formations, enseignement, codage, CREX, RMM).

Les locaux sont adaptés aux flux des patients. L'Infirmier(e) d'Orientation et d'Accueil est en poste dédié de 11h à 22h30 et mutualisé avec l'IDE de traumatologie le reste du temps. Les deux tiers de l'effectif sont formés à la fonction et assurent cette activité, le plan de formation prévoit la formation des IDE en poste depuis 2 ans, à la fonction IOA par le biais du CESU.

Une échelle de tri est utilisée permettant de prioriser les prises en charge, en cas de besoin les patients



peuvent être admis directement en réanimation

La SAUV est réservée à la prise en charge de l'urgence vitale avec procédure d'ouverture formalisée, et présence d'une équipe de réanimation dès l'arrivée du patient. Un pédiatre est disponible pour prise en charge des pathologies médicales au SAU. Des plages de consultation sont réservés par les spécialistes pour les patients des urgences, garantissant un délai de moins de 3 jours pour les avis non urgents.

L'imagerie conventionnelle et le scanner sont à proximité immédiate du SAU, toutefois les clichés d'imagerie conventionnelle ne font pas l'objet d'une interprétation radiologique. L'organisation actuelle ne permet pas une relecture systématique des clichés de radiologie en raison du manque de radiologues. L'établissement conscient du risque, est en voie de recrutement de radiologue, la mise en place un staff commun journalier entre urgentistes et orthopédistes est à l'étude. Le dossier patient informatisé est commun à l'établissement, il intègre la prescription médicamenteuse.

La gestion documentaire est à la fois informatique et manuscrite en cours d'actualisation par les pilotes.

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

Sauf urgence vitale, les patients admis aux urgences sont pris en charge par l'IOA, la traçabilité est assurée dans le dossier, les circuits de prise en charge sont connus et respectés par les professionnels : circuits courts, longs, pédiatrique, détenus, urgence vitale. La douleur est systématiquement prise en compte à l'admission, elle est réévaluée si besoin. La possibilité de recours aux spécialistes est connue des professionnels, le tableau de garde et astreintes est affiché en salle de soins. La recherche de la disponibilité des lits est réalisée 3 fois par jour par les agents d'identification, la procédure "hôpital sous tension" est activée en cas de difficultés avec 3 niveaux d'alertes. Les délais d'attente sont mesurés, à partir du logiciel patient, le suivi est hebdomadaire.

### **C / EVALUER**

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

Les modalités d'évaluation sont définies dans la charte de fonctionnement du service et validées par les instances, les délais d'attente sont suivis et les tableaux de bords élaborés et communiqués aux équipes lors de réunions et par voie d'affichage : tableau de bord qualité incluant les temps de passage, le taux de plaintes et réclamations, le taux de satisfaction, les délais de rendus des analyses, les erreurs d'identitovigilance et le renseignement du diagnostic dans le DPU. Le recueil des EI est opérationnel, environ 20 EI sont renseignés chaque mois, les CREX sont en place avec suivi du plan d'action. Les plaintes font l'objet d'une analyse et d'un suivi auprès de la CRUQ, en cas d'évènements graves des RMM sont organisées de façon multidisciplinaire. Des staffs bibliographie sont régulièrement organisés dans le cadre de la formation des internes. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués au service, et inclus dans le tableau de bord du service.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration issues des évaluations sont intégrées au programme institutionnel, par la cellule qualité. La diffusion est assurée au travers la GED, elle est accessible à tous les professionnels. Des réunions de service permettent la communication de proximité. La mesure des délais d'attente a conduit à une réorganisation de la fonction de l'infirmière d'accueil et d'orientation, à la suite de l'EPP sur la prise en charge de la douleur, un protocole a été diffusé. La CRUQ est tenue informée des plans d'actions issues des plaintes et des événements indésirables, les usagers sont également force de proposition.



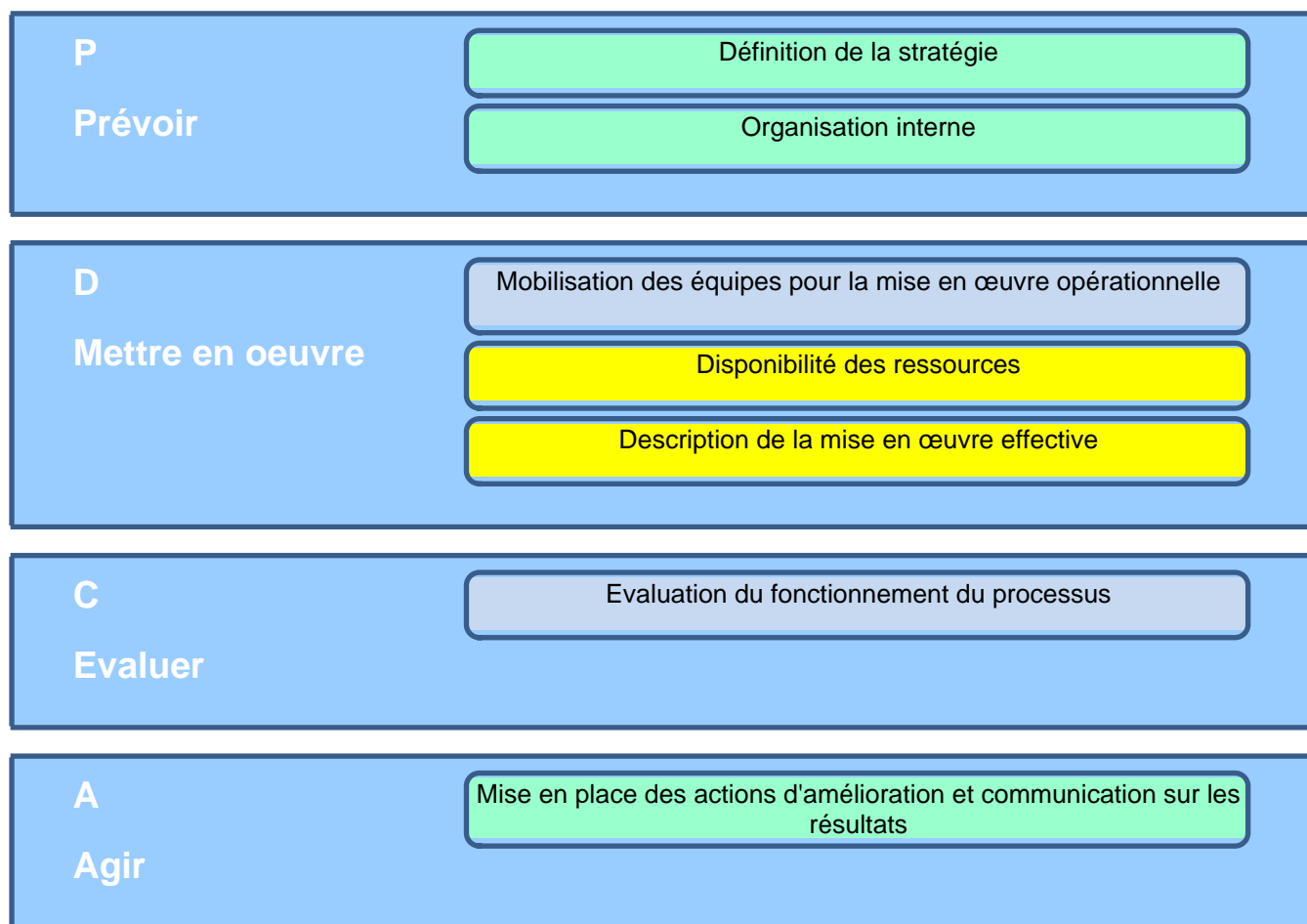
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire de l'hôpital de Rodez est rattaché au pôle Chirurgie, Anesthésie, Mère, Enfant Pharmacie. L'établissement est autorisé pour l'activité de chirurgie carcinologique (viscérale, urologie et gynécologie). Le plateau de chirurgie est doté d'un bloc opératoire de 9 salles, dont une exclusivement réservée aux césariennes, de 15 places de SSPI et de 21 places de chirurgie ambulatoire, mutualisées avec l'activité d'endoscopie.

La stratégie concernant l'activité chirurgicale est définie dans le CPOM et relayée par le projet médical. Elle est adaptée aux besoins du territoire de santé. Elle s'oriente vers le développement de l'activité ambulatoire, la mutualisation des moyens en urologie avec la création d'une équipe territoriale dans le cadre du GHT, la consolidation de l'équipe d'anesthésie et le développement des activités de chirurgie viscérale et d'orthopédie. Le secteur du Bloc opératoire a réalisé une analyse des risques a priori, a identifié ses risques prioritaires, incluant les risques a posteriori. Ceux-ci ont été sélectionnés à partir des événements indésirables ou des plaintes de patient, ayant fait l'objet d'une analyse en RMM ou CREX. Ils sont inscrits au compte qualité. La stratégie, validée par les instances, est déclinée dans le plan d'action institutionnel.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus a été confié au cadre supérieur et aux cadres du BO et d'UCA, les responsabilités de chacun sont détaillées dans leur fiche de poste.

L'organisation du bloc opératoire est décrite dans la charte du bloc, les rôles du conseil de bloc, du chef de bloc et de l'encadrement sont précisés.

Il existe une étroite collaboration avec le secteur obstétrical : la salle n°1 est réservée aux césariennes, avec mutualisation des moyens humains. La procédure "code rouge" est formalisée et connue de tous les acteurs. Le conseil de Bloc, de composition multidisciplinaire, est décisionnel dans la validation de plans d'actions issus de l'analyse des CREX ou RMM. Le parcours du patient programmé est formalisé sous forme processus.

Les ressources humaines médicales sont identifiées, l'effectif budgété des MAR est de 11 ETP. Pour les paramédicaux, l'objectif est de former les IDE à la fonction d'IBODE. Les nouveaux arrivants au BO font l'objet d'un tutorat.

Toutes les salles sont qualifiées en ISO 5. L'EOH assure les contrôles environnementaux selon un calendrier défini dans un guide de prélèvement. Le bionettoyage est assuré par les ASD du bloc selon un protocole établi. La maintenance préventive des installations et du matériel biomédical est organisée par les services techniques et le service biomédical en concertation avec l'encadrement du BO.

La gestion documentaire est à la fois informatique pour les protocoles diffusés sur la GED et papier pour les fiches d'intervention disponibles en salles.

La gestion des interfaces est organisée avec les services supports du bloc opératoire, sous forme de fiches de liaisons avec les services de soins, de stérilisation et le service d'anatomopathologie, d'un logiciel partagé avec le biomédical et les services techniques pour la maintenance curative, du système plein vide pour les commandes pharmaceutiques (dispositifs médicaux et médicaments). L'EFS et le laboratoire sont reliés par pneumatique.

Il existe une charte définie et validée du bloc opératoire, mais l'organisation des circuits de prise en charge, pour les malades externes et les urgences n'y est pas formalisée. En effet, il n'est pas abordé dans la charte du Bloc, l'organisation des circuits de prise en charge. Néanmoins, il a pu être constaté sur le terrain une bonne connaissance du fonctionnement et des circuits par tous les professionnels rencontrés.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

L'encadrement de proximité au niveau du bloc opératoire et de l'UCA ont à leur disposition le plan d'actions extrait du PAQSS institutionnel concernant leur secteur. Il comporte des objectifs et un échéancier. Ils sont le relais auprès des équipes pour transmettre la démarche et la culture qualité. Ces informations sont transmises aux équipes lors du conseil de BO, de réunions et par voie d'affichage. La sensibilisation est confortée dans les groupes de travail. Le cadre du service évalue l'acquisition des compétences des nouveaux arrivants selon une grille d'évaluation. Des audits sont réalisés par l'encadrement au sein du service en collaboration avec l'EOH (tenue professionnelle, zéro bijou, utilisation des GHA). Les résultats sont affichés. Des EPP sont menées au sein du BO (évaluation de la check-list, prescriptions d'antibioprophylaxie). Le recueil des EI est effectif, les dysfonctionnements sont traités au

sein d'un CREX, les événements graves sont analysés en RMM, avec suivie des actions correctives.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La présence des médecins anesthésiste respecte le ratio d'un médecin pour 2 salles. En cas de difficultés, il est opéré une déprogrammation. La permanence des soins est assurée sur place pour les anesthésistes (1 ligne) pour assurer les urgences chirurgicales et obstétricales. Le repos de sécurité est inclus dans le planning des MAR. Les chirurgiens sont en astreintes opérationnelles. Au plan paramédical, l'astreinte comporte 1 IADE et 1 IBO. L'effectif paramédicale est en adéquation avec les besoins. Un tutorat est organisé lors de la prise de poste avec évaluation de acquis, tracée sur grille d'évaluation. La formation a priorisé la formation IBODE (3 agents), IADE (1 agent), les techniques d'arthroscopie et coelioscopie et la formation à l'hypnose.

En revanche, l'effectif actuel des médecins anesthésistes ne permet pas de garantir un fonctionnement optimum au quotidien. Actuellement, sur les 11 postes budgétés, 2 PH temps plein sont titulaires, secondés par un praticien contractuel (0.5 ETP), et de 2 praticiens libéraux (1.5 ETP) ne participant pas à la permanence des soins. Si l'effectif est insuffisant, une déprogrammation partielle est réalisée.

L'établissement conscient des difficultés a fidélisé un pool de remplaçants pour 4 d'entre eux. Une politique active de recrutement est mise en place par la direction et le service.

Les locaux et équipements sont adaptés à l'activité, les 9 salles sont qualifiées en ISO 5. Les salles sont équipés de contrôle de surpression. Des dosimètres sont disponibles pour tous les professionnels, depuis la visite de l'ASN, les professionnels sont formés à la radioprotection, avec cycle de formation proposé par la PCR tous les trimestres, actuellement tous les personnels paramédicaux sont formés, une manipulatrice de radiologie est en poste au BO, tous les médecins ont bénéficié de la formation initiale, des séances de mise à jour sont programmées pour fin 2016, et 2017.

Le dossier du patient est entièrement manuscrit au bloc opératoire et en UCA. Les professionnels ont accès au dossier informatisé.

Toutefois, les données médicales des patients sont incomplètes dans le dossier du patient. Lors de la consultation de dossiers au bloc opératoire, il n'a pas été retrouvé les données médicales issus de la consultation des chirurgiens libéraux, réalisées à l'extérieur de l'établissement.

La documentation est disponible à la fois informatique et papier avec recommandations professionnelles, les fiches techniques d'intervention sont manuscrites et disponibles en salle.

Néanmoins, la gestion documentaire n'est pas maîtrisée : il persiste au BO des supports papiers avec des protocoles datant de plus de 10 ans, non signés et non répertoriés.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Pour la programmation les chirurgiens libéraux transmettent au secrétariat du BO, une fiche d'intervention renseignant le nom du patient, le type d'intervention et date proposée. Pour les patients relevant du secteur public, ils sont inscrits sur une liste d'attente, au fil de l'eau, la programmation de l'intervention est faite par la cellule de régulation en fonction des plages opératoires. La secrétaire saisit dans un agenda électronique et dans un tableur la programmation permettant l'impression d'un tableau journalier pour affichage au BO. Les cadres du BO et des services de chirurgie se rencontrent quotidiennement pour vérifier la programmation, la complétude du dossier, commander le matériel nécessaire, et réserver l'hébergement du patient. Le programme est réajusté par les cadres en fonction des urgences.

Cependant, le système d'informatisation du bloc opératoire n'est pas intégré au SIH. La programmation de l'activité opératoire n'est pas réalisée avec un outil partagé ou de programmation. L'activité du bloc opératoire n'est pas informatisée comme le confirme l'indicateur hôpital numérique à 0%.

Les circuits sont définis et respectés, les interfaces avec les différents secteurs sont opérationnels avec le laboratoire, l'imagerie, le service d'anatomopathologie, la stérilisation, l'EFS, les services de soins. La recherche de facteurs de risques d'ATNC est tracée de façon exhaustive et transmise à la stérilisation. Le marquage du coté opératoire est réalisé par le chirurgien. La traçabilité des dispositifs implantables et des actes est assurée sur support papier et joint au dossier du patient. La traçabilité de l'ouverture de salle est effective. La check-list est renseignée sur papier, elle est présente dans tous les dossiers.

Néanmoins, la complétude de la check-list n'est pas exhaustive. Il a été constaté lors de la consultation de dossiers en SSPI, dans les services d'hospitalisation et lors de l'investigation du patient traceur, l'absence de signature d'un des 3 intervenants, confirmant l'audit réalisé par l'établissement en 2014 avec 10 % de conformité.

La présence du CRO est retrouvée dans tous les dossiers, les indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie retrouvaient des non conformités sur les prescriptions post opératoires, une sensibilisation des MAR a permis des améliorations constatées lors de la consultation des dossiers d'UCA. Le score d'Aldrette est renseigné à la sortie de la salle de réveil et validée par l'anesthésiste. Pour l'UCA, l'appel de la veille et du lendemain sont réalisées et tracés dans le dossier. La mise à la rue est autorisée après évaluation du score de Chung et signée par le chirurgien et anesthésiste. L'information du patient est assurée par les chirurgiens et anesthésistes, élément confirmé lors de l'entretien du patient traceur de chirurgie orthopédique.

En revanche, le courrier de sortie de l'UCA n'est pas remis en temps réel aux patients suivis par le secteur libéral. Les résultats du Benchmark piloté par l'ARS Midi Pyrénées en octobre 2015, retrouvent un compte rendu type généré dès la sortie à 28%, cela a conduit à une réorganisation permettant une saisie le jour

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les modalités d'évaluation sont formalisées dans la charte du BO. Elles ont été actualisées suite à l'analyse de processus. Un tableau de bord est élaboré et comporte des indicateurs d'efficacité et de qualité notamment, le taux d'occupation des salles, par intervention par vacation, le temps de présence IBO et IADE en salle, le taux de débordement, le nombre d'heures supplémentaires, le taux de programmation à J-1, J0, le taux d'hospitalisation complète et ambulatoire, les indicateurs IPAQSS, la présence de la CL, le nombre d'EI, le nombre d'actions d'amélioration issus des CREX, le nombre de conseil de BO. Les données d'activité sont analysées mensuellement à chaque conseil de BO, de même que l'activité ambulatoire.

Au plan qualitatif, sont suivis, le taux de remplissage de la CL, le taux d'ISO, le taux de reprise précoce, les délais de RDV et le taux d'annulation et report. Les enquêtes de satisfaction font l'objet d'une analyse propre au secteur, de même que les plaintes des patients. Le suivi des événements indésirables est organisé selon la procédure institutionnelle, la déclaration des EI est effective (93 en 2015) et les CREX opérationnels communs entre BO et UCA. Des EPP sont menées au sein du secteur : Évaluation de la check-list, pertinence de l'antibioprophylaxie...

## A / AGIR

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

Les actions proposées suite aux évaluations et CREX sont validées par le conseil de Bloc et intègre le PAQSS de l'établissement géré par la direction qualité. La diffusion est assurée au travers la GED et accessible à tous les professionnels, ceux-ci sont informés lors des réunions de service et par voie d'affichage au bloc opératoire. Les usagers sont informés lors de la CRU au cours du bilan des événements indésirables et des plaintes de patient.

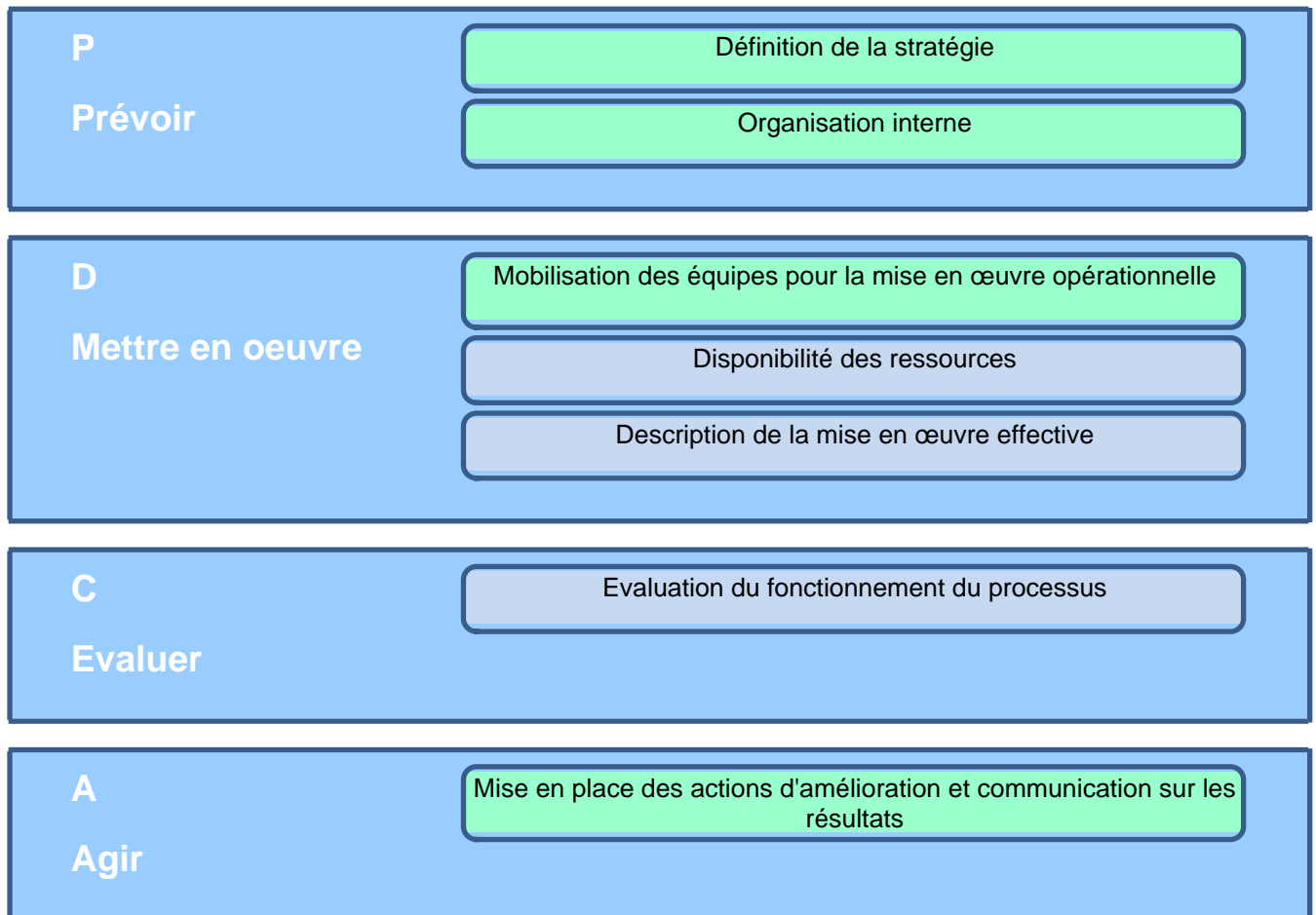
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique







**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

En raison de difficultés contextuelles, médicale et interne la politique du service de radiothérapie de Rodez a été formalisée très récemment en juillet 2016. Elle décline sa stratégie et ses objectifs sur trois axes élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions régionales et de l'analyse de ses propres risques. Ces objectifs portent sur une prise en charge globale de qualité pour le patient, promouvoir les évolutions technologiques innovantes, améliorer la démarche qualité du processus. Le service de radiothérapie est situé au niveau -1 du CH Jacques PUEL et comprend deux accélérateurs et un scanner.

La politique qualité/gestion des risques concernant la radiothérapie a été restructurée en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, les données de la cartographie des risques, les recommandations et injonctions issues des inspections de l'ASN des audits internes et aussi externe par les sociétés savantes de la spécialité. Cette politique se décline dans un programme d'actions formalisé et validé par la gouvernance. Cet engagement dans la démarche qualité est cosigné par les représentants des institutionnels de la gouvernance (DG/CME).

L'identification des risques, l'analyse et la hiérarchisation ont été faites en fonction du parcours patient, des techniques et de la pathologie. Les sous- processus à risques : validation du traitement, préparation des plans de traitement, du contourage scanner, réalisation du traitement et du suivi post-traitement, supports, etc.), ont été évalués et portés dans un manuel qualité afin de répondre aux exigences réglementaires un support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance a été élaboré.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus radiothérapie est assuré par le chef de service en coordination avec le cadre de santé, responsable opérationnel de la démarche et en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques et la référente qualité. L'identification d'une politique d'amélioration de la qualité et de sécurisation des traitements et lien au travers d'un pilotage institutionnel commun s'est traduite par la mise en place d'un plan d'organisation.

Ce plan d'organisation de la physique médicale (POMP) a été élaboré avec un organigramme fonctionnel, des interfaces définies, et des fiches de postes.

Les rôles et responsabilités des professionnels (radiothérapeutes, radio-physiciens, manipulateurs en radio électrologie médicale etc.) concernés dans la politique de management de qualité et de la sécurité en radiothérapie sont définis et la mise en œuvre organisée et formalisées. Cette organisation est aussi décrite (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) dans le manuel qualité du service de radiothérapie révisé afin de permettre la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires humaines, matérielles et documentaires.

La démarche qualité est en place, elle est documentée et actualisée et permet d'assurer la sécurité du patient et la diffusion de la culture qualité. Elle inclut l'engagement de la direction, les délégations, l'organisation du travail, il existe une veille réglementaire institutionnelle ; de nombreuses procédures opérationnelles permettent de documenter la démarche qualité.

L'établissement prévoit, adapte et organise les ressources humaines (effectif, compétence, formation et intégration des nouveaux arrivants), matériels (locaux, équipement, maintenance).

La radioprotection des patients et des professionnels est également organisée et pilotée par le Comité de radioprotection de l'établissement, sa déclinaison opérationnelle est assurée par la personne compétente en radioprotection (PCR). La déclaration des événements indésirables et des précurseurs est effective et encouragée.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : les médecins participent au RCP, les informations sont transmises en temps utile aux médecins extérieurs participant à la prise en charge, le dossier du patient en partie papier en partie informatisé contient tous les éléments nécessaires : coordonnées du patient, consultation d'annonce, CR de RCP, CR opératoire courrier, CR anatomopathologie et imagerie.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les pilotes du service de radiothérapie en charge du management de la qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et organisent la déclinaison de la démarche qualité institutionnelle en objectifs et plans d'action. Les événements indésirables ou porteurs de risque sont analysés sans délai (avec avis médical et physicien) des CREX (comité de retour d'expérience) tous les 2 mois sont établis. Les procédures réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques reconnues

sont régulièrement actualisées et validées.

Les responsables du secteur vérifient la conformité des pratiques et mettent en place, si nécessaire, des actions correctives.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La communication des objectifs et plans d'action est favorisée par les réunions organisées dans le service (revues de direction, réunions Qualité, réunions d'encadrement), la gestion documentaire institutionnelle est informatisée, les documents spécifiques à la radiothérapie sont aussi accessibles sur l'intranet et mis à jour selon l'évolution des processus techniques. Le responsable opérationnel de la qualité de l'unité de radiothérapie assure la mise à jour du système documentaire avec l'ensemble des professionnels. En cas de dysfonctionnement des procédures dégradées sont prévues.

Des formations pour le maintien des connaissances pour les professionnels, la formation sur les nouveaux appareils et en radioprotection, et celle des nouveaux arrivants, sont assurées. Les effectifs sont adaptés à la réalisation des activités : deux médecins radiothérapeutes à temps plein, un des postes étant assuré par un radiothérapeute de la clinique Claude Bernard d'Albi : dix manipulateurs (8.7 ETP en traitement et 0.9 ETP en coordination).

Une infirmière de consultation d'annonce et de coordination des soins travaillant en binôme avec une des deux manipulatrices de coordination et une psychologue (0.8 ETP). Deux secrétaires assurant l'accueil, la gestion des rendez-vous de consultation et la frappe des courriers. Un cadre de santé (0.3 ETP) Un responsable opérationnel de la qualité pour 0,4 ETP. Concernant la radiophysique quatre radiophysiciens se répartissent entre la radiothérapie et la dosimétrie, enfin un technicien biomédical (0.2 ETP) assure la maintenance.

Le service de radiothérapie dispose de deux accélérateurs de particules dont l'un permet la mise en œuvre de la technologie IMRT, d'un scanner de positionnement, d'un système de planification de traitement, d'un système d'enregistrement et de vérification des données, d'un logiciel de double calcul de la dose et d'un système de dosimétrie in vivo.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation de l'activité permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Une infirmière assure la coordination du parcours du patient et participe à la consultation d'annonce et au suivi, pour la régulation des activités, les responsables de chaque étape (médecin, secrétaire, IDE, physicien), et leur rôle respectifs sont identifiés.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le circuit du patient est organisé sur la base de rétro-plannings. La programmation des séances est planifiée dans un logiciel dédié. Les professionnels du service de radiothérapie connaissent et mettent en œuvre les organisations, protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du service et la sécurité du patient.

Le tableau de présence des radiothérapeutes et le planning des professionnels sont opérationnels et connus de tous. Conformément à la réglementation, au moins un radiothérapeute et un physicien sont présents pendant toute la durée des traitements. Chaque patient pris en charge dans le service fait l'objet d'une décision émanant d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'identification du patient à sa prise en charge est fiabilisée par l'intégration de sa photo par les manipulateurs dans son dossier de radiothérapie.

Le patient est vu en consultation par un radiothérapeute qui établit un plan de traitement. Cette consultation est complétée par un entretien avec l'infirmière coordinatrice dans le cadre d'une consultation d'annonce. A partir du plan de traitement, l'unité de radiophysique réalise la dosimétrie qui est ensuite conjointement validée par le radio-physicien et le radiothérapeute. Les champs de traitements sont transférés du progiciel dosimétrique vers celui de radiothérapie et sont validés, une double vérification est faite. La prescription et la validation informatique ne peut être effectuée que par le radiothérapeute.

La traçabilité des différentes procédures et des comptes rendus des consultations médicales est réalisée sur le dossier patient (papier et informatique) via le logiciel métier, ou institutionnel.

Les comptes rendus de fin d'irradiation consignés dans le dossier patient sont transmis aux médecins traitants ainsi qu'aux patients. La traçabilité de la maintenance et des entretiens des matériels est assurée sur un logiciel (GMAO). Concernant le fonctionnement du service les CR de réunions (staff pluridisciplinaire hebdomadaire, COPIL de la qualité mensuel), sont disponibles sur l'intranet, ils sont aussi communiqués par voie d'affichage et au sein du service un tableau spécifique qualité permet l'affichage des comptes rendus des COPIL, des CREX. Les notes de service sont diffusées par messagerie intranet et affichées. Les professionnels ont ainsi accès aux résultats des indicateurs de leur secteur et à ceux de l'établissement ainsi qu'aux évaluations réalisées. Les règles d'hygiène du service répondent aux bonnes pratiques et à l'organisation de l'établissement, les contrôles sont tracés.

### C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service de radiothérapie est engagé dans une démarche de surveillance et d'évaluation quantitative de son activité et qualitative de prise en charge du patient (évaluation INCa, suivi POPM, satisfaction patient etc.), les indicateurs de suivi sont en place (nombre d'EPR, d'EI et taux de réalisation des actions d'amélioration. Il en est de même du suivi pour les plans d'actions liés aux conclusions des inspections de l'ASN et ARS. Des audits externes et internes, auto évaluation des pratiques sont menés. Un audit externe a été réalisé en septembre sur le fonctionnement du service par les sociétés de radiothérapie (SFRO) et de radiophysique (SFPM). Depuis 2008, une auto-évaluation sur les pratiques en radiothérapie en collaboration avec l'INCa est réalisée sur 40 dossiers chaque année. Le service réalise régulièrement des réunions de CREX, analyse les EI (n29) et les EPR (n2), les mesures correctives sont portées sur le plan d'action.

## **A / AGIR**

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

Une démarche globale qualité en relation avec la direction qualité gestion des risques est en place avec une mise en place factuelle des actions d'amélioration de la qualité dans l'unité de radiothérapie. Un ajustement des actions est réalisé au cours des réunions COPIL qualité ou de service à la suite du réexamen des risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits. Les mesures complémentaires d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels du service, elles sont intégrées dans le PAQ et alimentent le compte qualité. Des supports et les modalités de diffusion sont établis. Les résultats des indicateurs sont diffusés et commentés en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

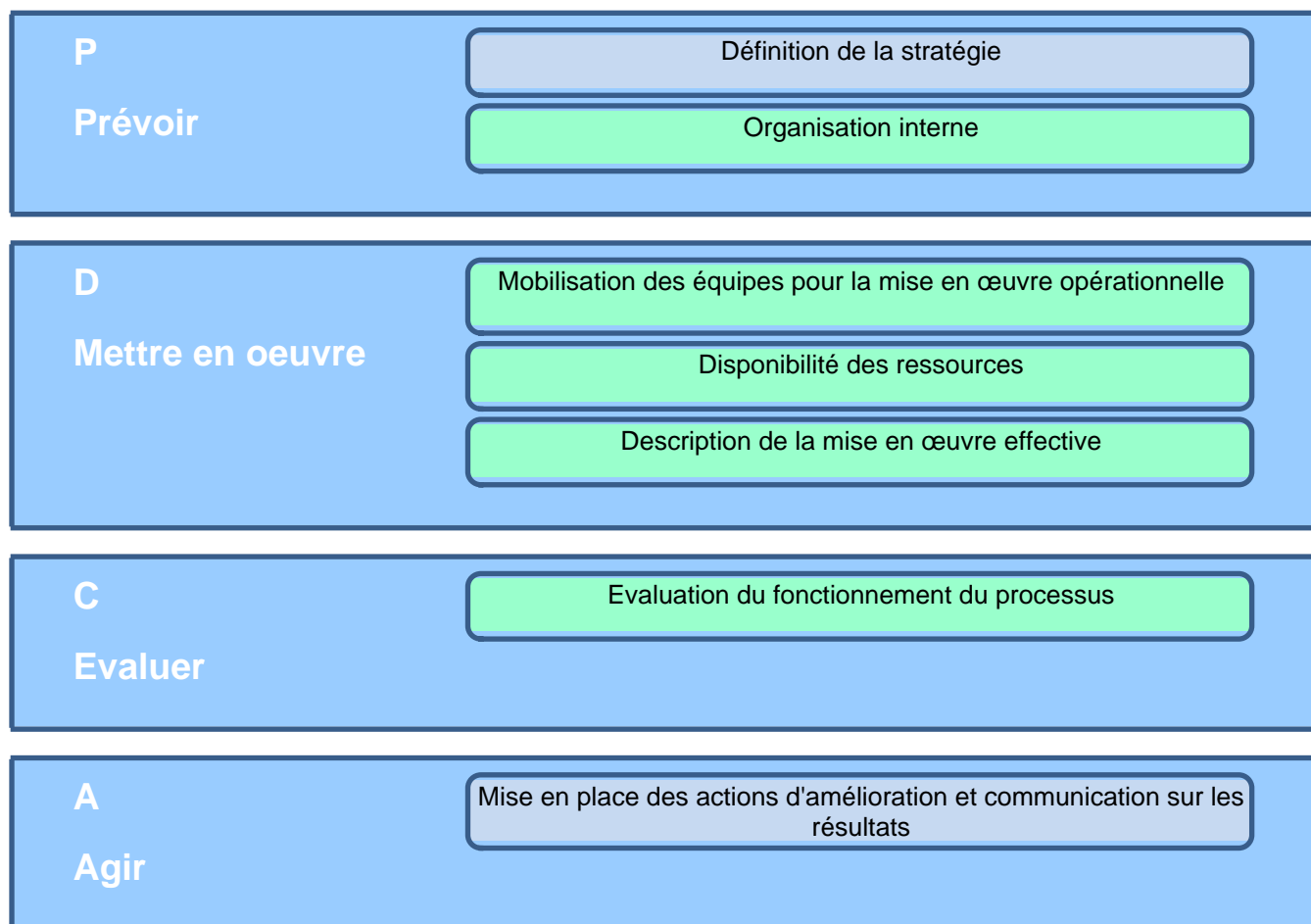
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

## 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 de Médecine nucléaire du CH de Rodez est partagée entre les explorations fonctionnelles ou diagnostique (Scintigraphies) à l'aide de médicaments radioactifs ou de traitement des patients par isotope radioactif. Le service de médecine nucléaire est situé dans des locaux dédiés situés dans le bâtiment de consultations en RDC. Ce service est intégré dans le pôle médico technique urgence réanimation du CH Jacques PUEL il est organisé avec une zone d'accueil et de bureaux et d'une zone contrôlée d'accès réglementé. Pour la réalisation de ses activités, le service dispose d'un TEP-scanner et d'une Gamma camera-couplé à un scanner.

En lien avec sa politique générale de sécurisation des soins et pour répondre aux injonctions de l'ASN, le CH mis en œuvre avec l'accompagnement par la structure qualité et la coordination de la gestion des risques, le déploiement d'un système de management de la qualité dans le service de Médecine nucléaire. Il existe une stratégie de l'établissement en vue de sécuriser le parcours du patient et de garantir la sécurité des soins. L'identification des besoins, l'analyse pluri professionnelle et une hiérarchisation des risques lors des démarches diagnostique ou thérapeutique ont été réalisés. L'analyse de risques a priori et postérieur s'est appuyée sur une cartographie des processus et l'analyse des EI. Les différentes données ont servi à alimenter le compte qualité identifier les risques prioritaires un programme d'actions préventives et de surveillance a été élaboré tenant compte aussi des événements indésirables et des recommandations issues des inspections de l'ASN (inspections 2015 et 2016). Les risques identifiés concernent les risques sur l'environnement, la radioprotection des patients (sur exposition patients), la sécurisation des circuits des radio-pharmaceutiques et conformités (préparation, identification, délivrance), leur prescription, et la radioprotection des travailleurs. Ces actions en rapport sont retrouvées dans le compte qualité et le PAQSS les ressources et les modalités de suivi sont identifiées. L'établissement et les responsables de service ont formulés en avril 2016 un engagement de la politique qualité avec des 5 axes définis prioritaires.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus Médecine nucléaire est assuré par le chef de service en lien avec le cadre du service, le cadre supérieur du pôle, le radio-pharmacien attaché au service, ils sont assistés par la cellule qualité. Il existe un règlement intérieur décrivant l'organigramme et le fonctionnement de la structure et les différents circuits. Les fiches de poste et de tâches sont remises aux intéressés, le plan de formation est défini ainsi les ressources nécessaires sont mises à disposition pour la prise en charge des patients dans les différents secteurs.

Les différentes procédures, protocoles ont été élaborés et validés par les professionnels sur les bases de recommandations de bonnes pratiques et sont conformes à la réglementation en vigueur.

Sur le secteur de médecine nucléaire, il existe un COPIL qualité qui se réunit tous les 6 mois, des RCP et un CREX a été mis en place avec des réunions régulières (3 mois) qui analyse les dysfonctionnements, les EPR et événements indésirables avec les professionnels, enfin des audits ciblés sont conduit selon la méthodologie HAS. Les modalités de gestion et d'entreposage des sources radioactives sont définies et respectées sous contrôle de la personne compétente en radio protection (PCR). Un plan de gestion (décroissance) et de traitement des effluents et des déchets contaminés est élaboré. Au vu de l'analyse des risques des procédures de fonctionnements en mode dégradés ont été élaborés afin de palier à d'éventuels dysfonctionnements (panne, absence, remplacement de la radio-pharmacienne). La démarche Qualité est documentée (GED), régulièrement actualisée et elle associe la sécurité de la prise en charge du patient notamment en termes d'identitovigilance et de radioprotection. L'organisation du pilotage de la qualité est effective et accessible sur la gestion documentaire informatisée. Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire et un plan de maintenance pour répondre aux objectifs et aux besoins en matériel et équipements. Cependant, la démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient n'apparaît pas dans un manuel qualité : les différentes procédures, protocoles ont été rédigées et/ou en cours d'actualisation dans la GED mais elles n'apparaissent pas regroupées dans un manuel qualité identifié.

Concernant les données du patient, le système d'information n'est pas intégré au SIH, concernant les données du patient et celles-ci sont accessibles sur une partie papier, et une partie informatisée sur deux applicatifs, il n'existe donc pas un dossier unique.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les réunions de service, staff COPIL et CREX mis en place contribuent à la mobilisation des professionnels

du service de médecine nucléaire. La communication des objectifs et plans d'action est favorisée par les réunions organisées dans le service (revues de service, réunions Qualité, réunions d'encadrement), tableaux de service, notes d'information. L'attribution d'un compte de messagerie interne à chacun des professionnels du service permet aussi la diffusion rapide des informations. Les pilotes du service de médecine nucléaire en charge du management de la qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et organisent la déclinaison de la démarche qualité institutionnelle en objectifs et un plan d'actions opérationnel propre au secteur et suivent son effectivité. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements, ou de baisse des résultats...  
Le développement constaté des déclarations d'EI, des événements significatifs de radioprotection, de l'information du patient en cas de dommage sont l'illustration de cette acculturation à la démarche qualité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service de médecine nucléaire dispose des ressources humaines médicales, préparateurs et radio-physiciens en effectif suffisant pour assurer son fonctionnement, il dispose d'un radio pharmacien qui est remplacé en cas d'absence. Le service dispose des ressources matérielles adaptées à son activité. La commission de radio protection et le biomédical veillent au suivi des matériels, le secteur dispose de radio-physiciens, d'un PCR, et d'une radio-pharmacienne pour assurer la sécurité des installations, du matériel et les contrôles qualité.

Le système documentaire est élaboré à partir d'une analyse des processus avec des procédures internes organisationnelles et opérationnelles : prise en charge du patient, description des tâches, mise en œuvre de la dosimétrie...

L'approvisionnement en matériels, dispositifs médicaux (équipements d'imagerie, activimètre etc.) Les matériels font l'objet d'une maintenance préventive et curative et des contrôles dosimétriques quotidiens et réglementaires sont réalisés et il existe un plan de renouvellement des matériels.

Un logiciel professionnel adapté à la radiologie thérapeutique et la médecine nucléaire est utilisé pour créer un dossier patient, tracer les interventions réalisées : prescription, préparation, traçabilité de l'administration et de l'élimination de la seringue ainsi que les doses administrées.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et des activités est assurée, les rapports d'intervention des maintenances des équipements sont disponibles. La programmation et la régulation des activités sont coordonnées par le médecin en charge du service en lien avec ses collaborateurs (médecin, radio-pharmacien, radio-physicien et secrétariat).

Lors de la consultation et/ou de la prise de RDV les informations et contre-indications éventuelles sont données au patient. La traçabilité des actes et le compte-rendu d'examen comportant le report des doses administrées sont assurés conformément à la réglementation.

La délivrance de radio pharmaceutique est réalisée par la radio-pharmacienne les préparations selon les produits sont réalisés par les manipulateurs radio selon une procédure validée par l'ASN. Les seringues sont nominatives prêtes à l'emploi. La délimitation des zones réglementées est effective.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Des fiches de traçabilité et de suivi individuelles sont renseignées en fonction des différentes procédures réalisées.

Les professionnels respectent les procédures de radioprotection (dosimètre et équipement de protection individuelle). A la sortie du secteur thérapeutique, l'activité radioactive des mains et des pieds est analysée conformément à la procédure en vigueur et à la réglementation. Les procédures d'hygiène des locaux, des équipements et du matériel sont définies. Les contrôles de non-contamination des surfaces de travail et du matériel sont réalisés. Les déchets et effluents et les décroissances sont suivis et tracés. Pour les effluents liquides, la conduite en cas de contamination est formalisée et affichée.

Des mesures correctrices et d'information du patient et de l'équipe en cas de doses dépassement injustifié, des courriers sont adressés aux médecins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de son activité sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.) avec tableau comparatif. Le service de médecine nucléaire dispose d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs de prise en charge du patient. Des audits internes sont menés mais aussi des évaluations de fonctionnement (satisfaction des usagers, délai d'attente, information etc.). Le recueil des plaintes des patients est organisé. Les évaluations dosimétriques relatives aux niveaux de référence diagnostiques sont réalisées afin de mettre en place des mesures correctrices et d'information en cas de dépassement injustifié. Les tableaux de suivi dosimétrique sont affichés ainsi que les doses corrigées selon les recommandations. Les événements

significatifs de radioprotection (ESR) font l'objet d'un signalement spécifique auprès de l'ASN et leur analyse est diligentée par le service dans les délais réglementaires. Les pratiques professionnelles sont évaluées et font l'objet d'EPP.

La gestion des dysfonctionnements, les évènements indésirables ou les résultats non conformes lors de la prise en charge du patient est abordée dans le cadre des CREX avec l'implication des professionnels. Les évènements significatifs de radioprotection (ESR) font l'objet d'un signalement spécifique auprès de l'ASN et leur analyse est diligentée par le service dans les délais réglementaires.

## **A / AGIR**

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

Les résultats des indicateurs sont diffusés et commentés en interne comme en externe, une démarche globale qualité gestion des risques est en place avec un suivi régulier et un ajustement des actions d'amélioration est mis en œuvre avec les professionnels du service de médecine nucléaire en lien avec la cellule Qualité-Gestion des risques. Ces actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et elles alimentent la cartographie des risques et le Compte Qualité.



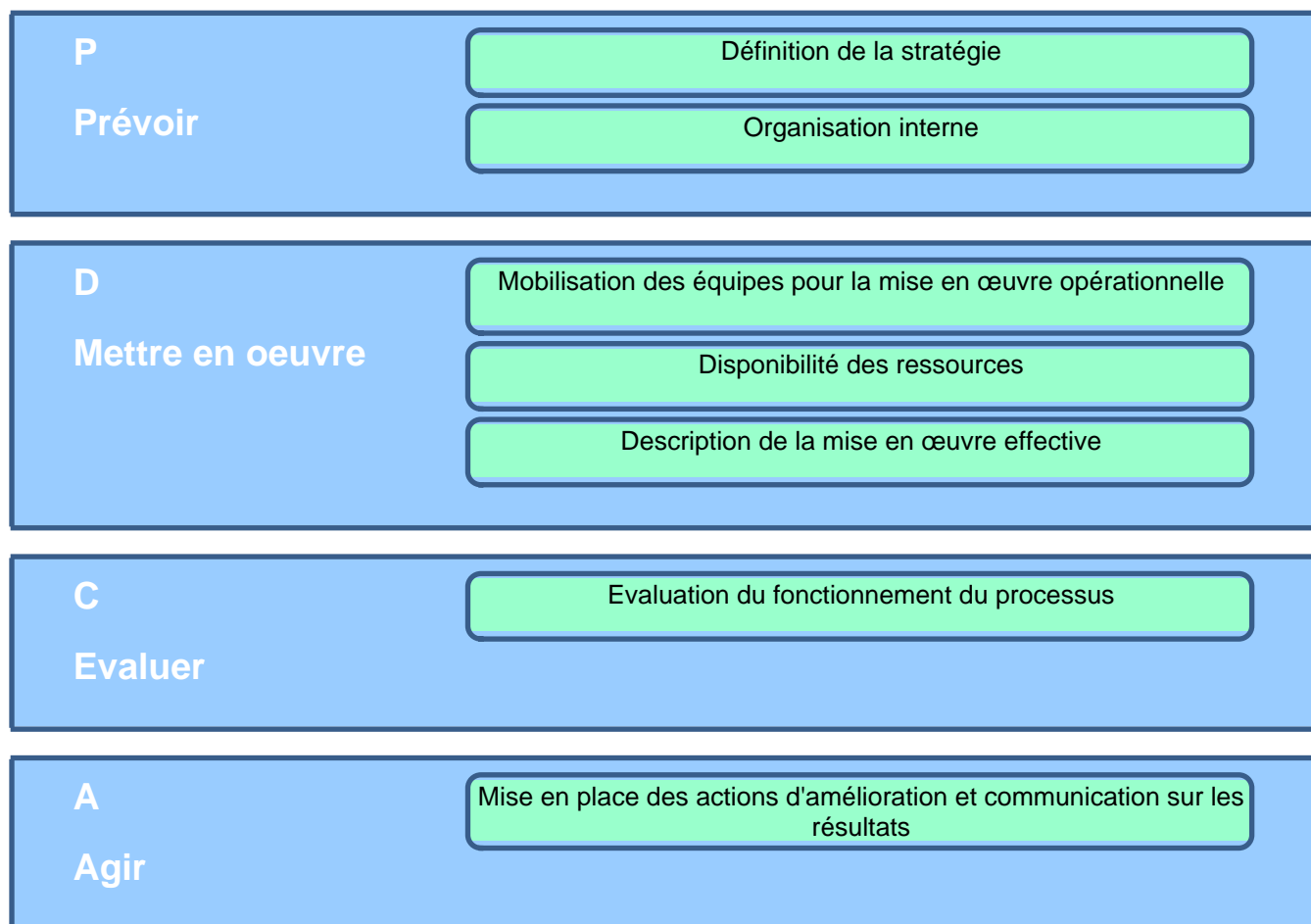
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La radiologie interventionnelle au CH de Rodez est composée de deux secteurs distincts : la radiologie interventionnelle avec une salle d'angiographie et la cardiologie interventionnelle avec une salle de coronarographie. La pose de DMI et la rythmologie sont réalisées dans la salle d'angiographie, cette salle est aussi mise à disposition pour des actes de gastroentérologie (cathétérismes).

L'établissement a identifié les spécialités ayant recours à la radiologie interventionnelle et en a défini un pilotage institutionnel. Le CH de Rodez a mis en place un système de management de la qualité sur le secteur de radiologie interventionnelle afin de garantir la qualité et la sécurité des soins tout au long du parcours du patient. Le processus décrivant l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle avec les éléments métier et supports a fait l'objet d'une analyse et d'une définition par les professionnels. L'identification des besoins et une analyse des risques ont été réalisées à l'aide d'une cartographie des risques a priori avec les professionnels accompagnés par la Direction de la Qualité-gestion des risques. Les données de la cartographie des risques, les résultats des visites de l'ASN et l'analyse des EI et événements porteurs de risques ont été utilisées pour renseigner le Compte Qualité et ont permis d'identifier les risques prioritaires pour construire en articulation un plan d'actions préventives et de surveillance. Le plan d'action et le compte qualité ont été présentés aux instances.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus Radiologie interventionnelle est assuré par les chefs de service en coordination avec le cadre de santé en lien avec la référente qualité gestion des risques. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés dans la politique management de la qualité et de la sécurité et sa mise en œuvre sont organisés, identifiés et formalisés dans une lettre d'engagement dans la démarche. La démarche qualité s'articule autour d'un Comité de pilotage de la Qualité et des Organisations (COQ) qui réunit régulièrement des représentants pluridisciplinaires du service afin de définir les axes de travail qualité et organisationnels. Un compte rendu est réalisé par le cadre de santé et affiché. Les actions sont tracées sur une fiche de suivi d'actions en cours affichée, et les actions prioritaires sont inscrites dans le PAQSS.

Les référents qualité par thème (hygiène, radioprotection, PAQS, douleur, bloc ...) veillent à restituer les informations au sein de chaque secteur et font remonter en réunions les informations utiles de leurs collègues. Ils veillent à la prise de connaissance des documents qualité récents et à la bonne tenue de la gestion documentaire dans leur secteur. Il existe une gestion documentaire structurée mise à jour périodiquement ainsi qu'un plan de formation institutionnel en particulier pour la radioprotection et l'hygiène.

Les modes de fonctionnement et les circuits de prise en charge, responsabilités, missions, sont identifiés, ils permettent la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles et documentaires.) L'organisation du fonctionnement du secteur d'imagerie médicale et le RI sont formalisés essentiellement pour l'organisation du secteur de radiologie. En effet, la démarche qualité/gestion des risques du secteur radio interventionnel de cardiologie et de gastroentérologie ne fait pas l'objet d'un document institutionnel. Le Manuel qualité propre au secteur de radiologie interventionnelle n'est rédigé que sur la partie radiologie "imagerie" il n'existe pas de charte de fonctionnement entre les différents secteurs ni de règlement intérieur à ce propos.

La radioprotection des patients et des professionnels est assurée et pilotée par le Comité de radioprotection de l'établissement.

La gestion des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs d'activités et les professionnels est organisée. Il existe plusieurs applications d'une part le logiciel d'identification institutionnel, et d'autre part des applications "métier" propre à chaque activité (radio-imagerie, coronarographie...).

Le dossier patient est ainsi constitué de plusieurs parties informatisées sur des supports différents et papiers. Cependant, la traçabilité des actes et des vérifications n'est pas totalement assurée. Le dossier patient est constitué de plusieurs parties informatisées sur des supports différents et papiers. Par exemple, et comme souligné par l'inspection de l'ASN (01/2015) et constaté lors de la visite, constat confirmé par les professionnels, la traçabilité de la dose reçue par les patients (selon l'arrêté du 22/09/2006) dans les différentes interventions (bloc, endoscopies sous Rx et coronarographies), permettant l'intégration des relevés dosimétriques dans le compte-rendu d'intervention n'était pas opérationnelle à la date de la visite.

Il existe des plans de maintenance et d'achats programmés au vu de l'activité et de l'évolution des matériels et des techniques.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Les pilotes du secteur de radiologie interventionnelle sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et organisent la déclinaison de la démarche qualité institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels.

La mobilisation des professionnels est effective et opérationnelle, l'analyse du processus TIUIM a permis de mobiliser les professionnels sur la réalisation d'actions d'amélioration identifiées sur des fiches, des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs ont été établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables du secteur s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles qui s'appuient sur les conclusions des inspections de l'ASN, les procédures réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques régulièrement actualisées en particulier pour la radioprotection des patients et des professionnels du secteur de radiologie interventionnelle. A l'occasion des réunions de service, ils informent les professionnels de leurs résultats et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les pilotes et l'encadrement du secteur et de pôles sensibilisent les professionnels au signalement des événements indésirables et des événements significatifs de radioprotection avec ou sans dommage aux patients. Ils les mobilisent pour en faire l'analyse, pour identifier et mettre en place les actions correctrices en cas de besoin ; les réunions de CREX sont en places et régulières.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur de radiologie interventionnelle dispose des ressources humaines : radiologues, cardiologues, MERM (manipulateurs), d'une PCR (personne compétente en radioprotection) en effectif suffisant pour assurer le fonctionnement du secteur ainsi que la continuité des soins, dix MERM sont affectés pour la radiologie Interventionnelle et quatre pour le bloc opératoire.

Au niveau de l'activité de coronarographie et de cardiologie interventionnelle les médecins libéraux (GCS) utilisent les mêmes outils que les médecins du secteur public ce qui facilite la gestion des interfaces et permet un accès identique aux données des patients (dossiers, CR, Doses, DM...).

Les intervenants et les professionnels sont formés à la radioprotection contrôlée par la personne compétente en radioprotection et les radio-physiciens, en lien avec la commission de radioprotection.

Dans le secteur RI les locaux sont adaptés à l'activité interventionnelle et aux contraintes réglementaires liés aux rayonnements et à la gestion du risque infectieux.

Le secteur dispose des ressources matérielles adaptées à son activité celles ci font l'objet d'une maintenance préventive et curative.

Le système d'information est en place. Le système documentaire est élaboré à partir d'une cartographie de processus et sur des procédures internes à la fois organisationnelles et opérationnelles. L'intégration des procédures dans le logiciel documentaire institutionnel est faite en continu sous contrôle de la cellule qualité et de l'encadrement.

L'approvisionnement en matériels, dispositifs médicaux implantables (DMI), linge et produits de santé est organisé et permet de répondre aux besoins et à l'activité du secteur.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur de radiologie interventionnelle connaissent et mettent en œuvre les organisations, procédures et protocoles établis pour assurer le bon fonctionnement du secteur ainsi que la qualité et la sécurité du patient tout au long de sa prise en charge.

Le tableau de présence ou d'astreinte des médecins et le planning des professionnels sont opérationnels et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient en particulier pour les IDM. Ces tableaux et plannings sont diffusés et connus de tous.

Le recours à l'anesthésie générale est organisé avec la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur et d'IADEs en fonction des besoins. Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible en salle de coronarographie.

La régulation des activités dans les différents secteurs de radiologie interventionnelle utilise le logiciel institutionnel et permet la fluidité de la prise en charge du patient (hospitalisé ou externe) ainsi que celle des urgences.

Une démarche d'optimisation des doses délivrées au patient afin de limiter les effets secondaires reliés est mise en place sur le secteur. Les modalités de radioprotection sont optimisées (Protection individuelle, dosimètre passif, bague dosimétrique pour surveillance des extrémités).

Les installations et matériels font l'objet d'une maintenance préventive et curative. Des contrôles qualité sont également réalisés par un organisme externe et sont tracés suite aux inspections de l'ASN. Une qualification annuelle par le bureau Veritas est réalisée. De même les contrôles particuliers et de surfaces réalisés par le service d'hygiène sont conformes.

Les informations relatives aux actes de radiologie interventionnelle et les comptes rendus d'intervention sont tracés dans le logiciel institutionnel dédié. Le niveau de référence diagnostique selon l'IRSN a été évalué pour les différents actes. Les DPS (produits dose surface) sont mentionnés sur les CR, et le dossier

patient, en coronarographie les informations sont aussi produites et enregistrées dans un logiciel dédié. L'utilisation des DMI est également tracée et figure dans le compte-rendu d'intervention. Les dysfonctionnements et les événements indésirables sont signalés par les professionnels sur le logiciel institutionnel dédié et analysés en RMM et en CREX.

## **C / EVALUER**

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

Des audits internes sont menés conjointement avec la Direction Qualité-Gestion des risques en fonction des axes d'amélioration identifiés dans le Compte qualité. Une enquête de satisfaction est prévue chaque année à l'aide d'une fiche mise à disposition des patients en salle d'attente

Les évaluations dosimétriques relatives aux niveaux de référence diagnostiques sont réalisées afin de mettre en place des mesures correctrices en cas de dépassement injustifié. Les événements significatifs de radioprotection (ESR) font l'objet d'un signalement spécifique auprès de l'ASN et leur analyse est diligentée. La gestion des dysfonctionnements, les événements indésirables ou les résultats non conformes obtenus lors de la prise en charge globale du patient sont également abordées toutes les six semaines dans le cadre des CREX ou de RMM avec les professionnels du service.

Le service produit des indicateurs d'activité, par nature du patient (externe, hospitalisé, urgences...) et par modalité ceci concerne les délais de prise en charge, les délais de délivrance des comptes rendus et des rendez-vous pour les patients externes et hospitalisés.

Ils sont suivis en réunion d'équipe et de service ou en COPIL qualité.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et elles alimentent la cartographie des risques et le Compte Qualité. Les actions récentes d'améliorations portent sur la réalisation et de mise en place d'une check-list interventionnelle, du suivi du chariot d'urgence, de la mise en place d'une fiche information pour la préparation des patients pour un scanner et une échographie, enfin une évaluation des pratiques avec le service d'hygiène vient d'être mis en place.

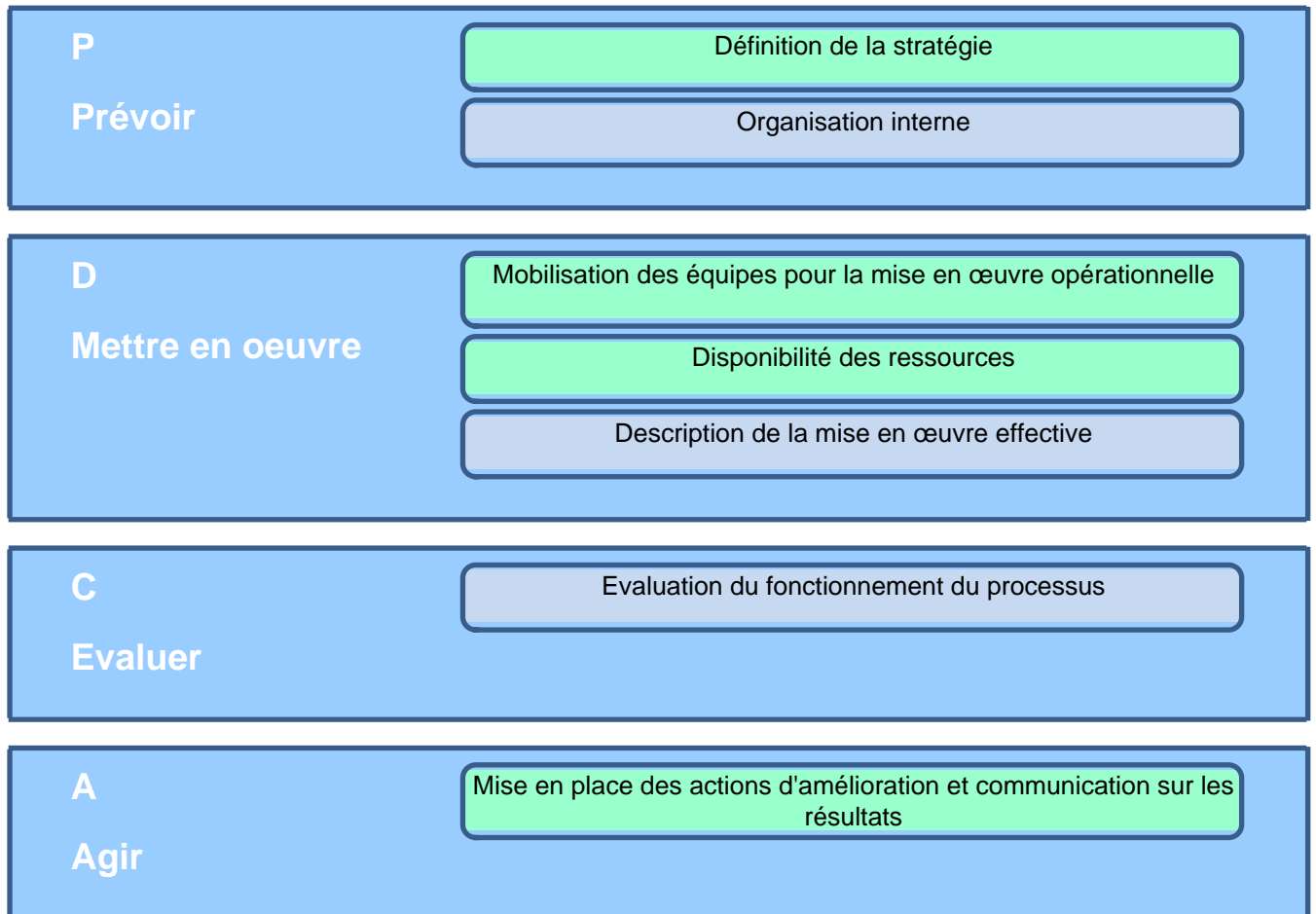
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le CH de Rodez a défini la politique du bloc endoscopie en se basant sur un certain nombre de documents dont la cartographie des risques a priori en endoscopie réalisée avec la participation des professionnels concernés. La politique en matière d'endoscopies est articulée avec celle des autres secteurs d'endoscopies (urologie au bloc central, ORL aux consultations, ETO en cardiologie, en réanimation). Elle est déployée pour l'ensemble de la prise en charge : l'endoscopie, la SSPI et l'UCA. L'activité est de 3000 endoscopies par an.

L'analyse des risques et l'identification des besoins ont été réalisées au regard des différents types d'endoscopies réalisées sur le plateau technique, en consultation et au lit du patient. Le projet qualité détermine les objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques en cohérence avec les risques priorités.

Les actions d'amélioration sont programmées et suivies par le cadre de l'unité avec l'appui du responsable médical de site et la cellule qualité.

Le cadre de santé est aussi responsable du secteur d'hospitalisation des 20 lits et places de la chirurgie ambulatoire.

**ORGANISATION INTERNE**

Ce plateau technique d'endoscopie est composé de 2 salles d'endoscopies équipées de matériel anesthésique pour réaliser des AG, d'une salle pour AL et d'une salle de soins post interventionnels de 4 postes. Il existe deux laveurs désinfecteurs d'endoscopes automatiques et informatisés et un banc de désinfection manuel mais informatisé pour la traçabilité à disposition de l'activité, une armoire pouvant contenir 10 endoscopes respectant la désinfection pendant 72h et une armoire de rangement pour les 11 autres endoscopes.

Une organisation dédiée (le cadre de santé du secteur endoscopie et unité de chirurgie ambulatoire en collaboration avec le responsable médical du site) est définie pour piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc d'endoscopie et de la SSPI, en lien avec le conseil de bloc et la CME. La création de la charte du secteur d'endoscopie est ancienne et son contenu est réactualisé régulièrement en fonction des évolutions. Un règlement intérieur détermine le pilotage du plateau technique d'endoscopie.

Le secteur de chirurgie ambulatoire comporte 20 lits et places. Le secteur d'endoscopie et chirurgie ambulatoire est autonome dans ses locaux et avec un personnel affecté. Des fiches de poste formalisent les responsabilités des professionnels impliqués en endoscopie. Le personnel formé est polyvalent sur les différents secteurs d'activité. Le conseil de bloc joue son rôle en se réunissant fois 3 par an, les activités et le personnel de l'endoscopie en font partie.

Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés en fonction des besoins des risques et de la réglementation. Ils doivent permettre d'assurer la prise en charge (PEC) des patients pendant et en dehors des heures d'ouverture, et les éventuelles complications de l'endoscopie ainsi que le nettoyage, la désinfection, avec la traçabilité des opérations. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation de l'établissement. Les modalités de d'intégration et d'adaptation des nouveaux professionnels sont définies.

Dans les autres secteurs, l'activité de désinfection des endoscopes est très cadrée et formalisée par des procédures, une traçabilité et des contrôles réguliers. L'équipe d'hygiène hospitalière est sollicitée pour la surveillance de l'hygiène dans tous les secteurs d'activité endoscopique. Les fiches techniques d'entretien sont harmonisées et adaptées aux spécificités des différents secteurs.

Les besoins en ressources documentaires pour les secteurs d'endoscopie (processus management, CREX, Information du patient, procédures d'hygiène), supports de traçabilité (ouverture des salles, nettoyage des salles, gestion des déchets, du linge, pré-désinfection désinfection des endoscopes, prise en compte du risque ATNC, maintenance, gestion des pannes, etc.), en documentation interventionnelle (fiches descriptives des interventions, gestion du dossier patient, identité, etc.) sont identifiés et élaborés.

Les besoins en documents d'enregistrement sont actualisés et mis à disposition des professionnels.

Il en est de même pour les autres secteurs d'activité endoscopique.

Les interfaces endoscopie/UCA, endoscopie/EOH, endoscopie/biomédical, endoscopie/PUI, endoscopie/réanimation polyvalente et endoscopie/ORL sont identifiées et les circuits définis. Un suivi et une organisation permettent le remplacement dès que nécessaire des matériels et DM, un financement annuel est prévu pour le remplacement prévisionnel des endoscopes. Les besoins en système d'information au niveau des salles d'endoscopie sont déterminés et créés.

Les documents d'information utiles aux patients d'endoscopie sont mis à jour et distribués.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et des besoins, le responsable du secteur d'endoscopie, de la SSPI et de l'UCA organise la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les ressources nécessaires sont présentes en fonction de l'activité, des risques et de la réglementation.

La charte de l'endoscopie est mise en œuvre, la prise en charge des patients est précisée en déterminant les rôles de chacun. Le responsable du bloc s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans le règlement médical interne, et la charte du bloc opératoire. La décontamination des endoscopes est formalisée, tracée, elle va rejoindre le dossier du patient, et l'information reste aussi dans le secteur d'endoscopie. Les professionnels sont informés des attendus. La planification des plages d'activité pour chaque opérateur (les gastroentérologues libéraux) ou pour le service (les PH publics) est en place, son respect est contrôlé. Les difficultés sont identifiées et tracées. Les résultats en sont communiqués aux équipes sous différentes formes : réunions, supports papier.

Des actions d'amélioration ont été mises en place régulièrement et récemment : des items ont été ajoutés sur les fiches de traçabilité de la PEC. L'actualisation des connaissances des infirmières de l'endoscopie est organisée dans un plan de formation et de progression individuel. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés, les remplaçants reçoivent l'information nécessaire à l'exercice de leur fonction.

Les principales zones du secteur d'endoscopie sont définies : habillage, règles de circulation, circulation, stockage, endoscopie, désinfection.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences infirmières sont en nombre suffisant, un tableau permet l'affectation des professionnels nécessaires pour assurer l'activité chaque semaine après la réalisation du programme. Les locaux sont adaptés à l'activité. Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés. Les références du matériel utilisé sont tracées dans le dossier patient et resteront disponibles dans les archives des différents secteurs d'activité. Les différentes maintenances sont assurées et tracées.

Le parc de matériel est entretenu (présence d'un technicien biomédical) et des contrats de maintenance en assurent le fonctionnement. Le matériel d'urgence vitale est opérationnel. Le système d'information est en place, adapté aux besoins et assure la continuité de l'information. Les interfaces sont opérationnelles. Les équipes s'impliquent dans la déclaration, l'analyse et le traitement des EI.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La programmation est réalisée et régulée. Le cadre de santé du secteur valide les programmes opératoires du secteur d'endoscopie toutes les semaines. L'organisation permet l'intégration d'urgences. L'accueil et l'intervention, puis la PEC en salle de soins post interventionnelle, et le transfert vers l'UCA sont organisés. Les interfaces entre le secteur d'endoscopie, l'UCA, la stérilisation, la pharmacie sont opérationnelles. Le recours en cas de complication est défini et assuré.

La check list « sécurité du patient en endoscopie » est utilisée pour tous les patients systématiquement. L'autorisation de sortie de la salle de surveillance post interventionnelle par le MAR et de la chirurgie ambulatoire par le gastroentérologue est signée. La traçabilité de l'utilisation et de la désinfection de l'endoscope est assurée. Les contrôles microbiologiques sont assurés de façon organisée. L'ensemble des documents nécessaires au suivi de la PEC du patient et favorisant la communication entre les professionnels sont mis à disposition.

Les informations concernant la sortie de l'UCA figurent dans le dossier patient. Les documents d'information sont remis au patient à sa sortie (CR d'endoscopie pour les praticiens hospitaliers, ordonnance de sortie et lettre au médecin traitant). L'appel du lendemain est assuré en UCA. Les fiches d'événements indésirables sont régulièrement analysées. La protection des risques professionnels est mise en œuvre : ventilation et qualité de l'air dans les différents espaces de désinfection des endoscopes.

Les professionnels suivent les actions de formations dont les journées de l'endoscopie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sont assurées régulièrement par le cadre de l'endoscopie, elles permettent de réaliser un certain nombre de contrôles comme par exemple : le recueil et l'analyse du parcours patient par le GREPHH. Son analyse a permis de mettre en place des actions d'amélioration comme l'organisation de la sortie du patient avec sa lettre de sortie comportant le CR d'endoscopie pour les praticiens relevant du secteur public, de diminuer les temps d'attente avant la PEC en échelonnant les arrivées des patients le matin. Les praticiens libéraux réalisent la prescription de sortie, le CR d'endoscopie sera réalisé le lendemain.



L'évaluation concerne l'activité et les pratiques professionnelles : port de zéro bijoux, entretien des endoscopes. Les Indicateurs IPAQSS complètent le dispositif. Un logiciel permet une analyse quantitative et qualitative de l'activité opératoire. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Le suivi d'indicateurs et les évaluations permettent d'identifier des actions d'amélioration. Le taux de satisfaction des usagers est très élevé : 99,6%.

## A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés avec les responsables du secteur d'endoscopie et la Qualité. Il existe une réelle dynamique d'amélioration de la qualité avec la recherche d'une meilleure PEC des patients et d'une fluidité de leur parcours. La communication est assurée en conseil de bloc et sur des supports écrits qui sont transmis aux différents professionnels dont médecins libéraux intervenant en endoscopie. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS.

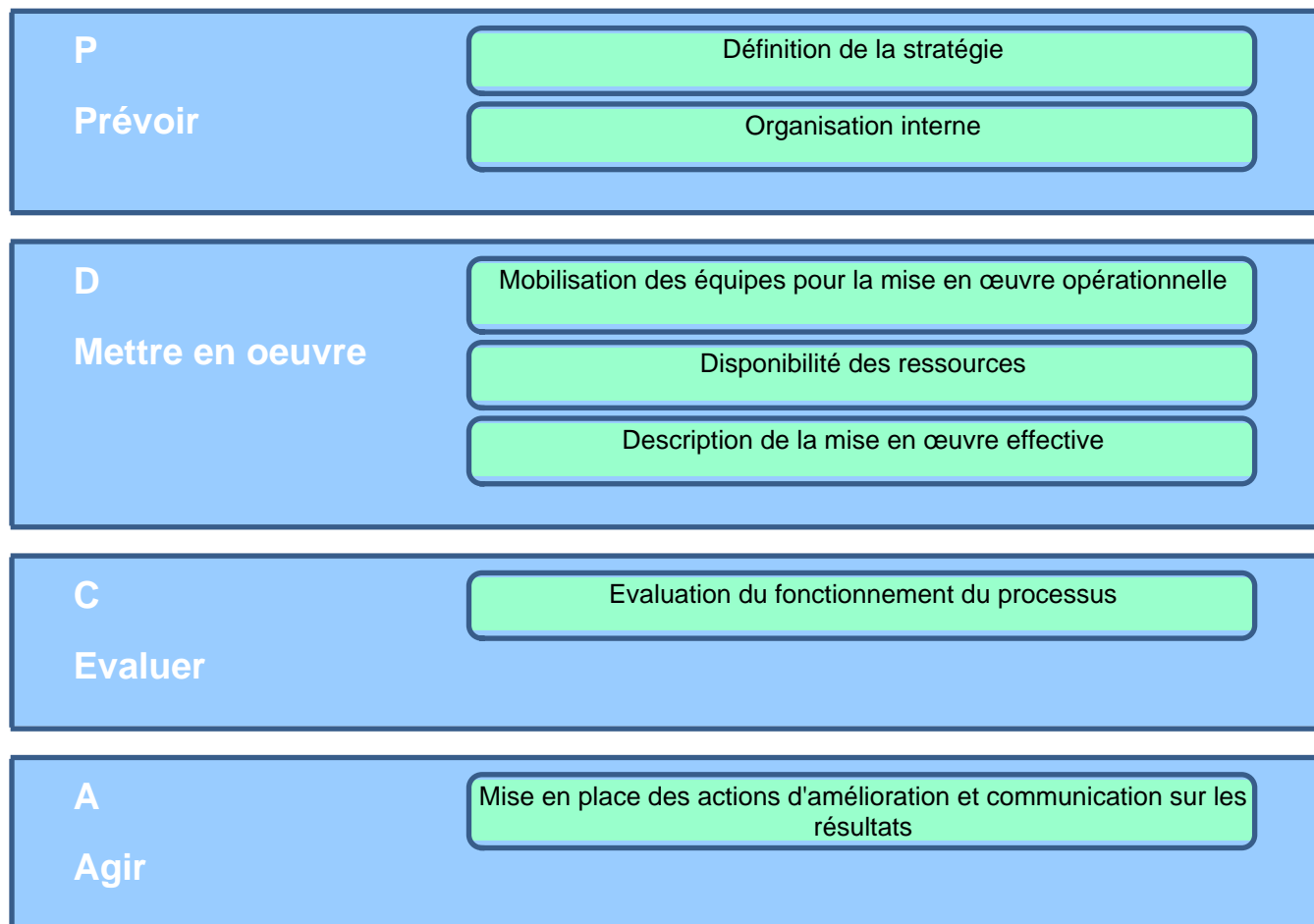
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 politique de l'établissement en matière de sécurité et de management de la prise en charge de la patiente en salle de naissance repose sur une évaluation des besoins, du contexte et de l'environnement du Centre Hospitalier. Elle prend en compte le niveau de risque foeto-maternel, est validée par les instances, et déclinée dans le PAQSS. Le service de gynécologie-obstétrique a identifié ses risques à priori en étudiant le parcours de la parturiente qui arrive en salle de naissance et le parcours d'une césarienne programmée avec transfert du nouveau-né en néonatalogie. Les supports documentaires nécessaires à l'activité ont été identifiés. Les principaux objectifs du programme d'actions en obstétrique portent sur la prise en charge des parturientes avant, pendant et après leur passage en salle de naissance. La participation au réseau de périnatalité Midi Pyrénées « materMIP » formalise la collaboration inter-établissement... L'établissement participe au dispositif du PRADO. Les alternatives à l'hospitalisation HAD, PMI se développent et les liaisons avec le CH se construisent.

**ORGANISATION INTERNE**

La maternité de Rodez est une maternité de niveau 2B. Le bloc obstétrical comporte 2 salles de pré-travail, 5 salles d'accouchement, 2 salles de réanimation nouveau-né et 20 lits.

La maternité a effectué 1240 accouchements dont 233 par césarienne en 2015. Des conventions existent avec des établissements de recours pour la réanimation néonatale et pour les accouchements prématurés.

Le processus est piloté par le responsable médical de la maternité, la cadre sage-femme du pôle et la cadre sage femme de la maternité. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources matérielles et documentaires nécessaires.

Des tableaux de gardes et d'astreintes des sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes et pédiatres sont réalisés et diffusés.

Les besoins en formation des équipes sont identifiés et les formations sont inscrites au plan de formation.

Une démarche qualité documentée et actualisée est en place, assurant la sécurité de la prise en charge des patientes.

Les principaux protocoles à risque ont été révisés : transfert in utéro, HPP, transfert du nouveau-né, urgences vitales, risque infectieux chez le nouveau-né, hypoglycémies chez le nouveau-né, etc.. Et tous les protocoles pédiatriques sont révisés ou en cours.

L'établissement a formalisé une "Charte de fonctionnement du bloc obstétrical". Ce document précise les modalités de fonctionnement, les règles de présence, les différents circuits de prise en charge programmée et urgente, les règles d'hygiène et de comportement. Une charte de la parturiente élaborée par le réseau MaterMIP est diffusée. La régulation des activités est assurée afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des parturientes.

Les locaux sont récents.

La gestion des équipements est organisée en matière de contrôles et de maintenance.

La transversalité des pratiques est consolidée par la triple proximité géographique de la Maternité, la Gynécologie et la Pédiatrie, situées sur le même niveau spatial avec les salles de naissance immédiatement attenantes au Bloc Opératoire.

Une salle d'opération est disponible 24h sur 24 pour les césariennes en urgence. le personnel est mutualisé. Les locaux et les matériels sont vérifiés chaque jour.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la prise en charge des parturientes. Maternité/bloc opératoire, Maternité/pédiatrie, maternité/services techniques, maternité/PUI...

Les équipes médicales et paramédicales travaillent avec un dossier médical commun. Le dossier est informatisé, le partogramme reste un support papier.

Des référentes sont nommées sur un certain nombre de thématiques comme : les commandes, la stérilisation, le dossier informatisé, l'allaitement maternel; le tutorat des stagiaires, etc.

L'organisation permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs professionnels. Un staff a lieu tous les matins entre l'équipe de la nuit et celle du jour. Un staff gynéco-obstétrico-pédiatrique a lieu tous les mois.

Une majorité des sages-femmes a été formée à la réanimation bébé. Certaines possèdent des DU.

Les textes encadrant la prescription médicamenteuse par la sage femme sont respectés, deux sages femmes actives au sein du Conseil de l'Ordre des sages femmes ont fait une information à leurs collègues.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et besoins identifiés, les responsables des salles de naissance organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels et mobilisent les équipes en organisant les responsabilités. Les listes de garde sont élaborées et diffusées.

L'identitovigilance est fléchée comme un élément essentiel dans la sécurisation de la prise en charge. Les bracelets d'identification sont mis en œuvre.

Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques, et du suivi des événements indésirables. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles concernent le secteur de la naissance : le partogramme, le dossier de soins, le bracelet d'identification.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) et les dysfonctionnements sont débattus en équipe médico-soignants. Des CREX sont réalisées régulièrement. Des RMM en cas d'événement indésirable grave.

Les actions d'amélioration font partie d'un plan, celui-ci est décliné avec la participation des équipes.

Un médecin anesthésiste, un obstétricien, un pédiatre sont sur place 24 h sur 24.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et compétences, en matériel et documentaires sont disponibles en temps utile, dans ce secteur interventionnel.

De nombreuses formations sont réalisées, dont formation à l'échographie d'urgence, la réanimation du nouveau né organisée en intra avec la participation de la pédiatrie, les urgences, la sécurité incendie, l'hygiène, etc.

Les 21,4 ETP sages-femmes de la Maternité ont suivi des formations. Des sages femmes ont des DU, sur l'allaitement par exemple.

Les équipements sont maintenus, un inventaire biomédical est tenu à jour.

Un chariot d'urgence est disponible. Un chariot pour les hémorragies a été mis en place. Leur contenu est vérifié et les révisions sont tracées.

De nombreux protocoles et procédures sont à la disposition des équipes : transfert in utero, transfert du nouveau-né, urgences vitales, risque infectieux chez le nouveau-né, hypoglycémies chez le nouveau-né.... Un classeur regroupant toutes les informations requises est à disposition pour les nouvelles sages femmes ou les sages femmes intérimaires.

Les conventions pour recevoir des parturientes de maternité de niveau 1 ou transférer vers des niveaux 3 sont connues des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes de la salle de naissance connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues.

La procédure "code rouge" en cas de césarienne en urgence est formalisée, connue et mise en œuvre par les professionnels du bloc central et de l'obstétrique.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, elles sont nombreuses et concernent la majorité des risques identifiés. La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées : acte, matériel de nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, en liaison avec l'EOH.

La vérification de l'identité du patient aux étapes critiques de son parcours est en place. La patiente reçoit une information sur les soins, incluant une présentation du rapport bénéfices/risques. Une feuille de surveillance de l'hémorragie du post-partum est en place.

Le suivi de certains équipements fait l'objet d'une check-list, comme la table de réanimation bébé, le chariot d'urgence, le chariot d'hémorragie, les ouvertures de salle, etc.

Lors de l'admission, l'équipe remet à la parturiente un Livret d'Accueil présentant la Maternité. Des plaquettes spécifiques d'information médicale sont également remises par les sages-femmes lors des entretiens de soins. Une plaquette présente 'La Césarienne'. La parturiente reçoit une information sur les soins donnés incluant une présentation objective du rapport bénéfice/risques et les médecins se sont appropriés par ailleurs les procédures d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, les staffs quotidiens et mensuels sont organisés.

Des cours sur la préparation à l'accouchement sont organisés. Les péridurales sont proposées à chaque accouchement. Une baignoire de préparation à l'accouchement est à disposition. Le développement du peau à peau se réalise en sécurisant l'environnement. Un atelier de pré-sortie pour les mamans vient d'être mis en place, il est très apprécié.

Des rencontres régulières ont lieu avec les sages femmes de la PMI, de l'HAD et les sages femmes libérales. Les ordres du jour peuvent concerner les patientes et leur nouveau-né, les prises en charge, les nouvelles techniques, etc.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Hôpital dispose d'évaluations et d'un système de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs portant sur les déclarations d'événements indésirables et/ou événements significatifs, les questionnaires de satisfaction : 96,9 % de satisfaction globale du séjour pour les satisfaits et les très satisfaits, l'analyse des partogrammes. Le service participe aux différentes évaluations comme les armoires à pharmacie, la gestion des stupéfiants, le zéro bijou. Le service réalise des évaluations comme le taux des césariennes et d'allaitement maternel. Le service recueille l'indicateur QSS HPP "Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum", la progression est régulière. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont en place, avec implication des professionnels. Des CREX et RMM sont organisés.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration définies au vu des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. Les CREX et RMM sont suivis de la mise en place d'actions d'améliorations. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels via l'affichage et les réunions, et des usagers dans le cadre de la CRU. En outre, le secteur obstétrical s'appuie sur des comparaisons, entre structures et établissements de santé, comparables ou proches géographiquement.