



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
GROUPE HOSPITALIER DE LA  
ROCHELLE-RE-AUNIS**

Rue du docteur schweitzer  
17000 La Rochelle  
FÉVRIER 2020

# 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>	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	13
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	14
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	24
PARCOURS DU PATIENT	32
DOSSIER PATIENT	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	46
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	52
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	57
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	64
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	70
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	75
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	80
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	87

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE AUNIS	
Adresse	Rue du docteur schweitzer 17000 La Rochelle
Département / région	CHARENTE-MARITIME / NOUVELLE-AQUITAINE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1387	GCS CHARENTE MARITIME NORD	Rue du docteur schweitzer 17019 LA ROCHELLE
Entité juridique	170024194	GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE AUNIS	Rue du dr schweitzer 17019 LA ROCHELLE
Etablissement de santé	170017834	CH LA ROCHELLE-CMP	Boulevard joffre 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017784	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	Le cap – rue du docteur roux 17320 Marennes
Etablissement de santé	170017685	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR UPEA 17101	208 rue marius lacroix 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017586	CH LA ROCHELLE- APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	Rue du docteur schweitzer 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017602	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR LE VERMANDOIS CH LR 17G04	38 rue emile combes 17300 Rochefort
Etablissement de santé	170782981	HOPITAL MARIUS LACROIX	208 rue marius lacroix 17000 La Rochelle

Etablissement de santé	170017693	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	Rue du parc 17410 Saint-Martin-De-Re
Etablissement de santé	170017842	CH LA ROCHELLE-CAMPEA	Rue du docteur pelletier 17000 Rochefort
Etablissement de santé	170017727	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	35 avenue du general de gaulle 17230 Marans
Etablissement de santé	170017552	CH LA ROCHELLE-CSJ 17G01	5 rue de montreal 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017826	CH LA ROCHELLE-LIEU D'ACCUEIL PSYCHO	Allée des combes 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170791321	USLD LA ROCHELLE - FIEF DE LA MARE	Lieu dit fief de la mare 17138 Puilboreau
Etablissement de santé	170019921	CH LA ROCHELLE-CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT	49 rue thiers 17000 Rochefort
Etablissement de santé	170786388	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR UPEA 17101	Rue du docteur peltier 17300 Rochefort
Etablissement de santé	170017867	CH DE LA ROCHELLE- CAMPEA	2 avenue du luxembourg 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170000061	CENTRE DE SOINS DE SUITE DU CHATEAU DE MARLONGES	5 rue de la grosse motte 17290 Chambon
Etablissement de santé	170784110	CH LA ROCHELLE-MOYEN SEJOUR PERSONNES AGEES	Lieu dit fief de la mare 17138 Puilboreau
Etablissement de santé	170017750	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	1 rue paul gaugin 17000 La Rochelle



Etablissement de santé	170017776	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	L'estran – rue carinena 17310 Saint-Pierre-D'Oleron
Etablissement de santé	170017875	CH LA ROCHELLE-CATTP	10 rue alphonse baudin 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017800	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	Avenue de beligon 17300 Rochefort
Etablissement de santé	170017594	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR L EMBELLIE 17G03	22 rue des sauniers 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170000087	GRUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE AUNIS	Rue du docteur schweitzer 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017644	CH LA ROCHELLE-POST URGENCES SAINT LOUIS	Rue du docteur schweitzer 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170000111	CENTRE HOSPITALIER SAINT HONORE	53 rue de l'hopital 17410 Saint Martin De Re
Etablissement de santé	170017701	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP/ CAMPEA	30 rue paul rouvier 17700 Surgeres
Etablissement de santé	170017651	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR GERONTO-PSY	Lieu dit fief de la mare 17000 La Rochelle

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	113	/	30	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	41	2	/	/	/
MCO	Médecine	426	79	/	14666	22655

Santé mentale	Psychiatrie générale	234	170	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	16	74	/	/	/
SLD	SLD	92	/	/	/	/
SSR	SSR	144	5	/	/	/

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

\*Accréditation COFRAC Laboratoire de Biologie médicale  
\*Certification ISO 9001 Unité de Reconstitution des Cytotoxiques

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Groupe Hospitalier de Territoire Atlantique 17</li> <li>*Groupement de Coopération Sanitaire Charente Maritime Nord</li> <li>*Convention de direction commune CH de Rochefort, CH de Marennes et EHPAD du Val de Gères à Surgères</li> <li>*Conventions de partenariats Plans Bleus / Filière gériatrique conclues avec les EHPAD</li> <li>*Nombreuses conventions avec des structures sanitaires ou médicosociales, des professionnels libéraux.</li> </ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Biologie médicale depuis 2017
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Prise en charge des urgences et des soins non programmés  
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

### Recommandations d'amélioration

Droits des patients  
Parcours du 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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Médecine HC gériatrique (St Louis)	Sd confusionnel	Programmé	hébergement en chirurgie	MCO
2	personne âgée	Médecine HC cardiologie (St Louis)	A définir	Urgences	/	MCO
3	Adulte	Médecine ambulatoire (St Louis)	oncologie	Programmé	/	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	personne âgée	Chirurgie HC (St Louis)	orthopédie	Urgences	/	MCO
5	Adulte	Chirurgie ambulatoire (St Louis)	hernie inguinale	Programmé	/	MCO
6	Femme	Gynéco-obstétrique en HC (St Louis)	césarienne	programmée	/	MCO
7	personne âgée	SSR Puilboreau (système nerveux)	AVC	Programmé	/	SSR
8	personne âgée	Saint Martin en Ré	fracture col fémoral	Programmé	/	SSR
9	Adulte	Psychiatrie générale HC (Marius Lacroix)	A définir	Urgences	contention	Santé mentale
10	Adulte	Psychiatrie générale ambulatoire CMP	A définir	Programmé	/	Santé mentale
11	Enfant	Psychiatrie infanto-juvénile en HDJ	A définir	Programmé	/	Santé mentale
12	Adulte	Psychiatrie adulte HDJ Rochefort	encéphalopathie virale	Programmé	/	Santé mentale
13	Personne âgée	SLD-polypathologie	A définir	Programmé	/	SLD
14	adulte	HAD	pansement complexe	Programmé	/	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

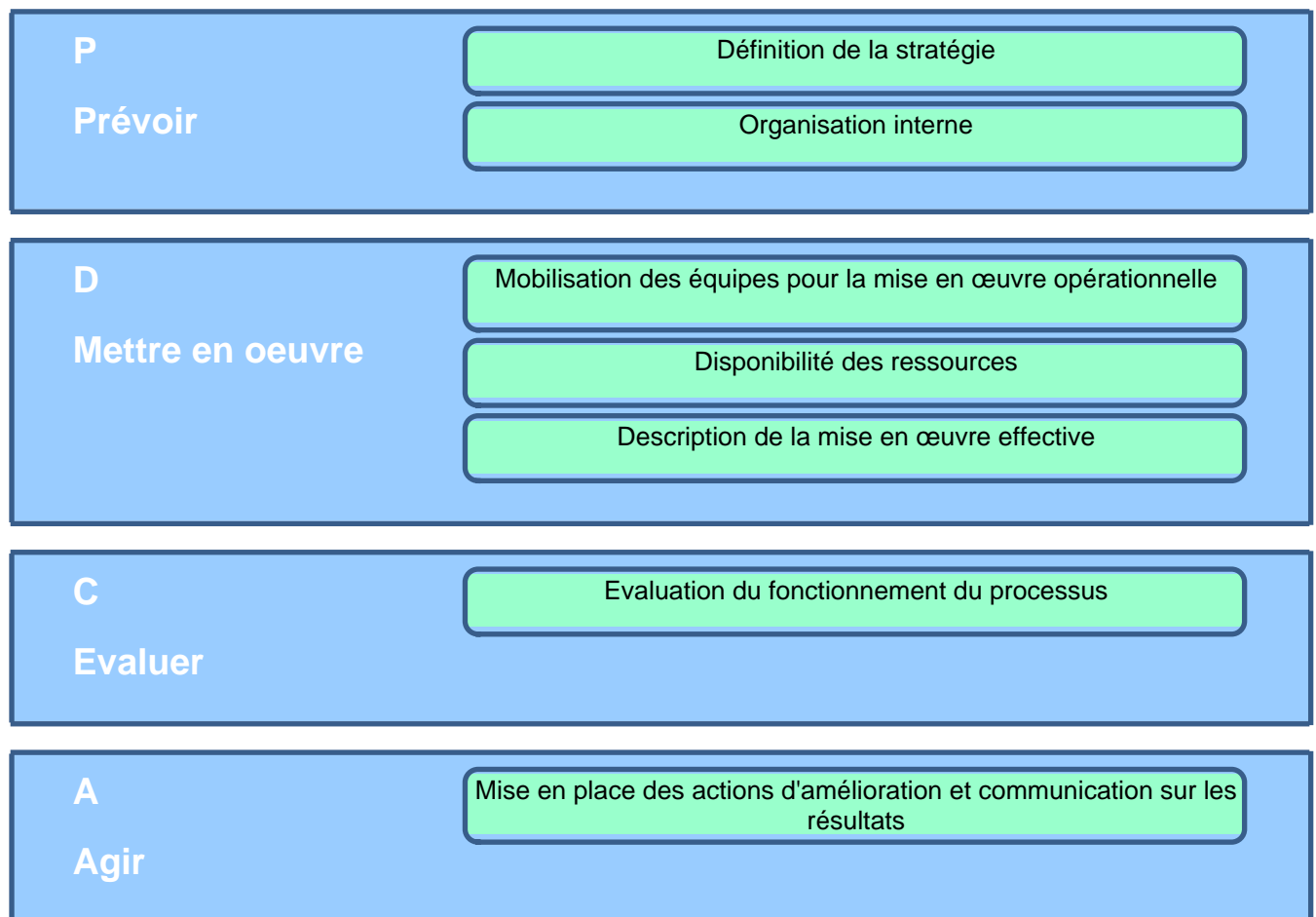
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Le groupe hospitalier de La Rochelle Ré Aunis (LRRRA) a opté pour une seconde visite de certification V2014. Il regroupe cinq sites (La Rochelle Saint Louis, Fief de la Mare, Marius Lacroix, Saint Martin de Ré, Marlonges) et assurent les prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, soins de longue durée et hospitalisation à domicile.

La dynamique d'impulsion sur la qualité et gestion des risques est assurée par une coordination entre la direction générale, la CME et la direction des soins, et de la DURQ au travers du comité Sécurité Qualité des Soins (SQS) installé en mars 2018.

Cette dynamique est inscrite dans le projet d'établissement 2013 - 2019 et dans le programme qualité et sécurité des soins 2019-2020 (PAQSS).

Ce programme a défini cinq axes :

- organisation du parcours du patient
- optimisation du fonctionnement hospitalier
- garantir une prise en charge adaptée à chaque usager
- renforcement de la maîtrise des risques associés aux soins
- renforcement du management de la qualité

Ces objectifs sont en concordance avec le projet médico-soignant du GHT Atlantique 17.

La stratégie d'établissement s'appuie sur les connaissances et la méthodologie de la direction qualité (DURQ, Direction des Usagers des Risques et de la Qualité).

Un travail est en cours pour une convergence médico-soignante afin de développer une stratégie d'établissement commune entre professionnels médicaux et non médicaux.

L'implication des usagers est un objectif affirmé par la CME et la direction générale en associant la direction Qualité et les Usagers.

Les objectifs qualité sont contractualisés avec les pôles de l'établissement.

Afin d'impulser la démarche, le pilotage institutionnel a été redéfini avec un nouveau pilotage des thématiques suite à l'installation du comité SQS en mars 2018.

Ainsi les éléments remontés de la DURQ et des pôles permettent un ajustement dynamique de la stratégie d'établissement.

Les indicateurs pertinents au fonctionnement de l'établissement sont définis et suivis dans des tableaux de bord. L'évaluation de la satisfaction des usagers est organisée avec une définition des seuils critiques de répondants pour une meilleure représentativité.

**ORGANISATION INTERNE**

Selon les organisations définies dans le Groupe hospitalier de LRRRA, une structure nommée Comité Qualité Sécurité Patient a en charge de déployer la démarche institutionnelle. Il couvre les points suivants :

- le déploiement et suivi des événements indésirables,
- le programme de formation en lien avec la Qualité Sécurité des Soins,
- le suivi et le pilotage des pôles,
- la gestion documentaire,
- le signalement des événements graves vers l'ARS,
- la communication vers les instances,
- l'élaboration et le suivi du PAQSS.

Celui-ci est déversé dans le compte qualité.

Ainsi, le compte qualité est l'outil de management de l'établissement pour la qualité et gestion des risques.

Des méthodes ont été définies pour l'identification des risques a priori, soit par une cartographie des risques pour les parcours patients, soit, pour les thématiques spécifiques, par des réunions d'échanges pluridisciplinaires. Les risques identifiés sont hiérarchisés.

Afin de favoriser la déclaration des événements indésirables, le groupe a mis en place :



- une charte d'incitation au signalement  
- une gestion des modalités des signalements et de prise en compte par les services et les pôles.  
L'analyse des événements est effectuée selon une méthode définie (ORION, ou ALARM). Les CREX sont en place sur tous les pôles, ainsi que les RMM.

La gestion documentaire est dématérialisée, sur un outil ancien.  
Cependant, la procédure relative à "l'organisation de la gestion documentaire qualité au sein du groupe hospitalier" ne détermine pas de durée de validité des procédures. Il n'a pas été retrouvé de durée limitée obligeant la relecture du document pour une mise à jour. Ainsi, pour plusieurs thématiques, les documents n'ont pas été revus depuis plus de cinq ans.

La veille réglementaire est assurée, et les plans de crise (situation sanitaire exceptionnelle) sont en place et ont fait l'objet d'entraînement au moins partiel.

Les usagers sont impliqués, actifs et membres de certaines commissions. Les plaintes et réclamations sont systématiquement communiqués aux représentants des usagers.

Une organisation est en place pour le recueil des plaintes et réclamations avec une information et une analyse effectuées avec les services concernés.  
Les différentes vigilances réglementaires sont en place et les correspondants désignés.  
La maîtrise du risque transfusionnel est assurée avec un CSTH se réunissant annuellement, un correspondant défini et des formations pour les professionnels programmées.

Le déploiement et suivi des EPP sont assurés par un ingénieur qualité dédié.

La coordination des risques associés aux soins existe et repose sur le DURQ selon le choix institutionnel.

Cependant, l'établissement n'a pas désigné de personne physique comme coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. La coordination est assurée par un ingénieur en charge de la gestion des événements indésirables, le président de CME et la directrice des soins. Cette organisation a été préférée suite à des difficultés pour identifier un professionnel répondant aux prérequis de l'établissement. Une dynamique va être redonnée à cette nomination dans le cadre du GHT.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

En dehors des réunions institutionnelles, une communication régulière et effective est en place entre la DURQ et la CME et également avec la direction générale et la direction des soins (hebdomadaire ou bi mensuelle).

Lors des réunions de la CME des points réguliers sur la qualité et gestion des risques sont à l'ordre du jour. Le président de CME est tenu régulièrement au courant des problématiques qualité et gestion des risques de l'établissement. Le vice-président de la CME est plus spécifiquement mobilisé sur les parcours patients, et entre autre le parcours inter établissement du groupement.

Au niveau de la direction des soins, l'encadrement est mobilisé sur les points qualité gestion des risques :

- réunions entre la directrice des soins et la DRUQ deux fois par mois,
- réunions direction des soins et l'encadrement supérieur des pôles tous les mois avec systématiquement un point Qualité Sécurité des Soins,
- réunions de pôle et de service.

Le programme qualité et sécurité des soins est décliné pour chaque service, ou pôle avec des actions spécifiques connues par les chefs de services ou les responsables de pôle.

Les réunions des représentants des usagers sont mensuelles, réunions pendant lesquelles leurs sont communiqués les événements indésirables et les plaintes et réclamations.

L'analyse des événements indésirables soit par la méthode ORION ou ALARM pour les événements les plus graves sont restitués aux professionnels soit lors de CREX quand ils sont en place, soit en réunion de service. Le cadre de proximité est systématiquement au courant de tout événement déclaré concernant sont unité et peut en faire l'analyse. La décision des analyses est prise conjointement entre la DRUQ et le service concerné.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens alloués à la DURQ sont suffisant pour assurer ses missions. Elle est composée de :

- un directeur,

- un ingénieur responsable de la coordination qualité,
- 3 ingénieurs ayant chacun des secteurs ou activités spécifiques,
- 4 assistants qualité.

La gestion documentaire est électronique avec un outil ancien et de maintien difficile. Elle est accessible aux professionnels. Son remplacement est prévu pour 2020.

L'organisation du système de déclaration des événements indésirables dont le circuit a été revu lors du changement de version du logiciel permettant une meilleure appropriation par les déclarants et l'encadrement.

Des actions de formation et de sensibilisation sont proposées aux professionnels :

- bloc des erreurs (juillet 2019)
- chambre des erreurs en 2016 et 2019,
- identitovigilance (2017)
- formation CREX
- formation des nouveaux arrivants.
- maîtrise du risque transfusionnel.

Cependant, la formation en sécurité transfusionnelle n'est pas réalisée à périodicité régulière. Le nombre de professionnels formés à l'acte transfusionnel est de 62 professionnels pour l'année 2018 et 2019 sur un total de 645 agents pouvant réaliser des transfusions. De nombreux professionnels n'avaient pas eu de formation depuis plus de 5 ans, et les nouveaux diplômés ne sont pas formés aux procédures spécifiques de l'établissement.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent le logiciel de déclaration des événements indésirables. La culture de déclaration est développée au sein de l'établissement. Les professionnels peuvent être amenés à participer soit à une analyse soit à un REX (sous forme de CREX ou de RMM). Le retour vers les déclarants est effectif par l'intermédiaire de l'encadrement en l'absence de messagerie électronique. Plusieurs CREX sont en place, et certains ont été réactivés ou remplacés par des RMM.

Les risques a priori sont analysés pour les thématiques le concernant selon une méthode définie.

Les évaluations de pratique sont en place sous diverses formes : audits, staffs EPP, des revues de pertinence (code rouge césarienne, antibioprofylaxie, développement de la pharmacie clinique entre autre).

Les résultats des indicateurs nationaux ou internes à l'établissement sont connus des professionnels. L'information peut être faite soit par affichage ou lors de réunions d'équipe.

Les professionnels utilisent l'outil de gestion documentaire. Cependant, la recherche par mots clés dans la gestion documentaire électronique n'est pas facilement appréhendée par les professionnels. La recherche par mot clé dans la GED n'est pas efficiente. La recherche devant correspondre au titre du document et/ou aux mots clés définis comme tels dans le document. Un projet est en cours pour le remplacement de l'outil courant 2020.

Les instances et commissions se réunissent toutes à périodicité définies avec comptes rendus. Ceux-ci sont disponibles sur la gestion documentaire.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le groupement hospitalier a mis en place de nombreuses évaluations :

- IQSS
- EPP
- RMM sur les secteurs obligatoires
- indicateurs internes

La satisfaction des usagers est recueillie par e-satis, et également par des questionnaires papiers à la sortie du patient systématiquement sur certains secteurs, ou ponctuellement lors d'audits.

Plusieurs médecins ont conduit des démarches d'accréditation auprès de la HAS notamment sur les prises en charge à risque.

Les évaluations par patient traceur sont valorisées en EPP.

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

Le programme d'action qualité sécurité des soins est revu annuellement et est défini pour une période de 2 ans, ce qui permet une mise à jour à mi-parcours.

Les professionnels sont tenus informés par un journal bimestriel "flash information QGR" disponible sous format papier ou dématérialisé.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans les services, et dans les lieux publics pour être visibles par les visiteurs et patients.

Au niveau du self des professionnels, un tryptique est disposé sur les tables communiquant les informations de l'établissement dont des points qualité.

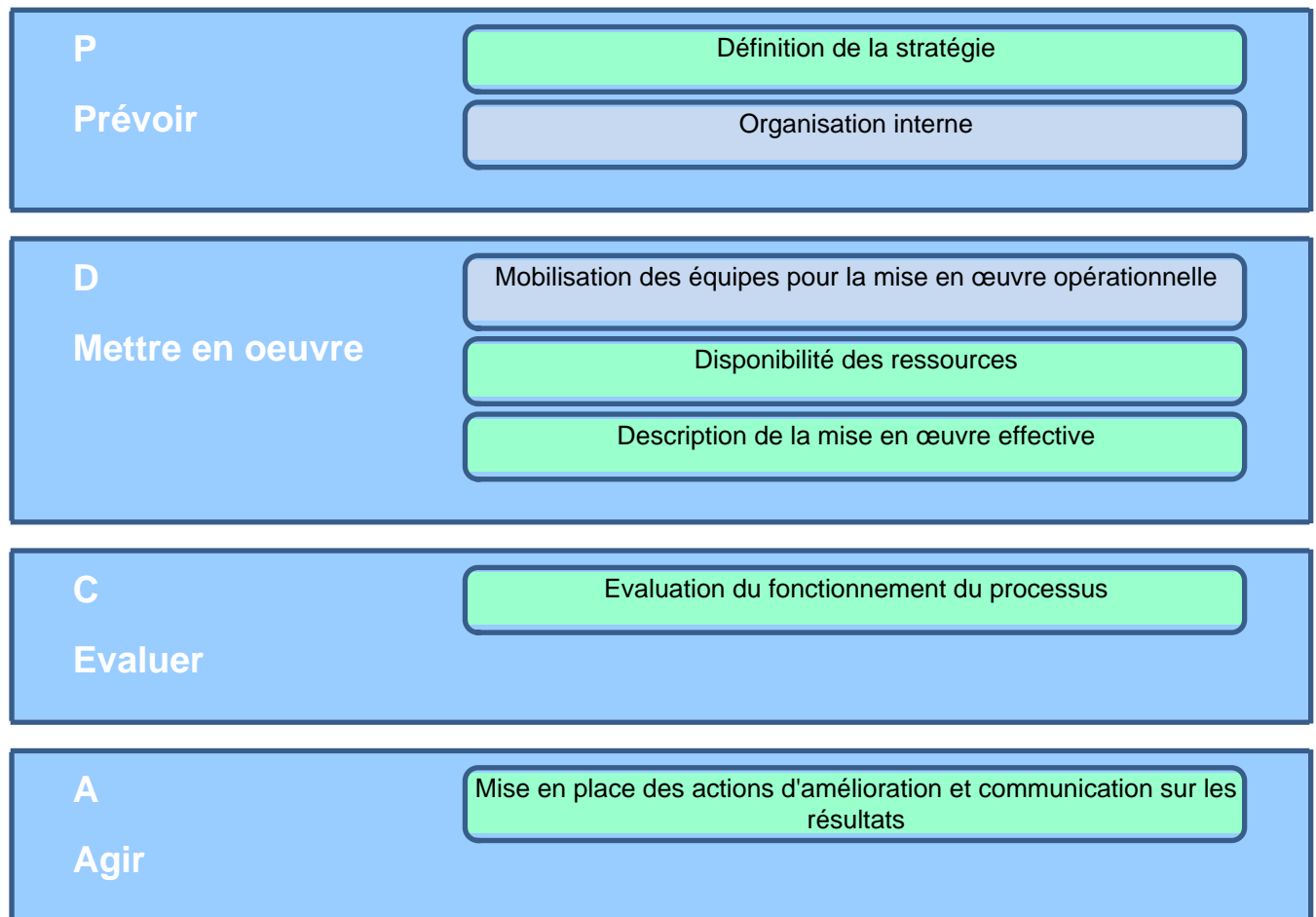
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis comprend 5 sites différents. Son projet d'établissement se décline en 5 axes : l'organisation du parcours patient, l'optimisation du fonctionnement hospitalier, la garantie d'une prise en charge adaptée, le renforcement de la maîtrise des risques et le renforcement du management qualité.

Le programme qualité qui en découle reprend ces différentes thématiques en identifiant les objectifs correspondants. Un des objectifs est de renforcer la maîtrise du risque infectieux avec des actions en lien avec le bon usage des antibiotiques, la poursuite des formations pour développer ou maintenir les compétences professionnelles, l'évaluation des pratiques concernant la pose des cathéters veineux, le suivi du bio nettoyage et la gestion des BHR.

Le processus du risque infectieux a été évalué par un praticien hospitalier infectiologue président du CLIN, un praticien hospitalier hygiéniste responsable de l'UHH (Unité d'Hygiène Hospitalière), un cadre supérieur de santé et la directrice coordination générale des soins. Un membre de la cellule qualité est également identifié pour le support méthodologique. Le compte qualité est établi en fonction d'une évaluation structurée des risques. Cette dernière a pris en compte les résultats des indicateurs obligatoires, les déclarations événements indésirables en lien avec la thématique, les retours d'information en provenance du terrain ainsi que les résultats des audits.

Les risques principaux portent sur les infections des cathéters veineux, le risque épidémique et le défaut de connaissance des rapatriements sanitaires pour la mise en œuvre de mesure de prévention. Les ressources et les modalités de suivi sont définies : le pilote de chaque action est identifié et un délai de réalisation est fixé.

**ORGANISATION INTERNE**

Le centre hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis a établi une organisation pour piloter le processus du risque infectieux et assurer des conditions d'hygiène maximales pour les locaux. Le pilotage de la thématique "risque infectieux" est porté par le président du CLIN, le responsable de l'UHH, un cadre supérieur de santé et la directrice de la coordination générale des soins. Les missions de ces pilotes sont définies dans la lettre de nomination correspondante. 3,5 équivalents temps plein d'infirmières hygiénistes et des référents hygiène présents dans chaque service viennent compléter l'équipe.

Les fiches de poste sont retrouvées dans la gestion documentaire comme les fiches de postes ASH, fiche réflexe spécifique aux ASH du prestataire externe.

Un règlement intérieur décrit le fonctionnement du CLIN et ses missions principales. Un autre document reprend les fonctions de l'Unité d'Hygiène Hospitalière (UHH) dans lequel sont détaillées les missions des praticiens référents (par exemple : suivre les travaux en réseau comme le REARASIN ou participer à des sessions de formation pour les référents hygiène, organiser et coordonner la surveillance de l'environnement et des travaux...), les missions des infirmières (par exemple : évaluation des bonnes pratiques) et le fonctionnement.

L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place. Un guide sur l'utilisation des antibiotiques est à disposition des prescripteurs à partir du logiciel de prescription.

Un travail en partenariat avec le laboratoire est en place avec un appel du biologiste aux services selon les résultats des prélèvements. Une alerte est paramétrée dans le logiciel de prescription pour des antibiotiques prescrits depuis 72 heures afin d'assurer la traçabilité de réévaluation du traitement antibiotique. Un bilan de la consommation des antibiotiques est présenté en COMEDIMS. Une fois par an, un COMEDIMS est dédié aux antibiotiques. Un livret « antibiotiques » est remis aux nouveaux praticiens et internes.

Des formations nombreuses et régulières sont organisées par l'équipe d'hygiène. Elles s'adressent à différents publics comme les professionnels de santé, les professions logistiques, les bénévoles, ...

Les infirmières hygiénistes organisent des formations et la réalisation des audits. Une fiche métier précise leurs missions.

Les actions de sensibilisation ou de formation réalisées par l'IDE hygiéniste sont définies au regard des risques identifiés et des actions décidées par le CLIN comme par exemple plusieurs sessions de sensibilisation concernant l'hygiène des mains. La charte des attitudes professionnelles, validée en CSIRMT rappelle les règles d'une tenue professionnelle adaptée.

Les procédures et protocoles de surveillance du risque infectieux nécessaires au bon fonctionnement de

la structure sont rédigés. Ces documents qualité sont disponibles dans un logiciel et, un classeur, tenu à jour par les cadres de santé, centralise les procédures sur les précautions standards et complémentaires.  
La conduite à tenir en cas de gale, rougeole, Ebola, coqueluche, clostridium, varicelle, zona, gastro entérite aiguë et toxi infection alimentaire collective sont rédigés et à disposition des professionnels via un logiciel.  
Les conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) sont protocolisées.  
Les AES sont suivis par le service de santé au travail, la conduite à tenir est diffusée aux soignants. La procédure en cours de mise à jour sera présentée au CLIN pour une validation.

L'organisation pour bénéficier d'une hygiène optimale de locaux est en place. L'entretien des locaux communs est à la charge d'un prestataire externe. Des fiches de poste reprennent les missions de l'équipe d'agents hospitaliers externes. Les procédures portant sur le bio nettoyage sont écrites et actualisées. De formulaires de traçabilité sont en place pour le suivi du bio nettoyage.

Le circuit des déchets est défini. Un travail a été conduit pour redéfinir le tri DASRI. Un groupe développement durable est en place avec une politique et un comité de pilotage. Un tri sélectif est réalisé : tri du verre, carton, papier, métal, bois, déchets d'ameublement, plastique pour les secteurs administratifs avec le projet de l'étendre à l'ensemble de l'établissement.

Le linge est traité par une blanchisserie interne. L'ensemble du personnel de la blanchisserie a bénéficié des formations hygiène dispensé par les pilotes du processus.

La gestion des interfaces est organisée : alerte émanant du laboratoire, information des brancardiers sur les personnes nécessitant des précautions complémentaires via leur logiciel, idem pour les ASH, ....

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le pilotage opérationnel de la gestion du risque infectieux dans les services est sous la responsabilité des 4 pilotes de la thématique, du CLIN, de l'UHH et de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Cette dernière assure le relais et intervient très fréquemment pour rappeler les bonnes pratiques, donner conseils. Elle peut être sollicitée pour des précisions à la mise en place de précautions complémentaires. Suite aux évaluations de pratiques, des actions sont mises en œuvre et suivies.

Les résultats des indicateurs d'hygiène sont communiqués aux professionnels par les cadres de santé au cours des « infos flash » en fin de relève, en réunion de service et par des échanges avec l'IDE hygiéniste ou les référents hygiène. L'affichage des indicateurs obligatoires est retrouvé dans le hall d'entrée. L'information est également relayée au cours des instances comme la CME ou la CSIRMT.

Les professionnels des services participent à la déclaration des événements indésirables associés aux soins. De nombreux audits sont menés dans les services.

Les professionnels ont été sensibilisés aux résultats de l'ICSHA 2 avec une information sur l'hygiène des mains pour les nouveaux arrivants internes compris, l'audit 0 bijou, ...

Les évaluations des pratiques ont donné lieu à des actions d'amélioration.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le nombre de professionnels est en adéquation avec l'activité. La composition du CLIN et de l'UHH est retrouvée dans le règlement intérieur du CLIN et de l'UHH. 3.5 IDE hygiéniste, en adéquation avec les exigences réglementaires, appartiennent à l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Un médecin référent en antibiothérapie est identifié avec 3 infectiologues en suppléance.

Les formations dispensées par l'équipe d'hygiène sont nombreuses et régulières auprès des professionnels de santé, des professions logistiques, des bénévoles, ...

Les infirmières hygiénistes assurent des formations et la réalisation des audits. Des sessions de formation à destination des soignants médicaux et/ou paramédicaux sont réalisées comme l'hygiène des mains, le bio nettoyage, les précautions complémentaires .... L'équipe de bio nettoyage a bénéficié de formations spécifiques et de rencontres avec l'équipe d'hygiène du centre hospitalier. Les cadres de santé vont bénéficier d'une formation sur l'utilisation des cathéters veineux afin de pouvoir conduire un audit sur leur gestion à partir de la grille de MADDIX. Le suivi des personnels formés à la gestion des « pic line » est assuré.

Les professionnels sont formés en externe : journée régionale d'hygiène hospitalière, par exemple.

Les protocoles et procédures utiles sont accessibles via la gestion documentaire informatisée.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour gérer le risque infectieux. Sur chaque pallier se

trouve un local déchets commun identifiés et sécurisé. Le circuit des déchets à partir de ce local est assuré par un personnel dédié. L'évacuation se fait à partir d'ascenseurs spécifiques.  
Le local central des DASRI/DAOM est situé à l'extérieur du centre hospitalier.  
Les solutions hydro-alcooliques sont présentes dans les services de soins et dans les chambres des patients.  
Des chariots d'isolement sont mis à la disposition des soignants en cas de mesure de protections complémentaires.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CLIN se réunit quatre fois par an. L'équipe opérationnelle d'hygiène se réunit deux fois par mois au cours desquelles sont abordés le suivi de la consommation des solutions hydro alcooliques, la résistance antibiotique, le tri des déchets par exemple.

Un planning pour la vaccination antigrippale a été mis à la disposition des agents pour leur permettre de se faire vacciner. De nombreuses affiches sont présentes dans le hall d'entrée, au réfectoire, près des ascenseurs pour les informer. Des actions de sensibilisation ont été menées dans le hall d'entrée pour inciter les agents à se faire vacciner.

La promotion du bon usage des antibiotiques est organisée. L'alerte paramétrée à 72 heures apparaît au niveau de la prescription médicamenteuse informatisée, le personnel médical et infirmier identifie cette alerte, cela a pu être constaté lors d'un parcours patient traceur. Le guide antibiotique a été présenté en CME. Une action de sensibilisation est organisée pendant la semaine sécurité des soins.

Les secteurs de soins mettent en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux établies en lien avec le CLIN. L'entretien des locaux est effectif et tracé. Il est assuré, à la fois par des ASH internes au centre hospitalier et par un prestataire externe. Les ASH sont informés des départs à réaliser par un logiciel sur lequel sont précisées les précautions complémentaires éventuelles mises en place.

Les procédures d'hygiène sont respectées notamment les précautions standards et les mesures d'isolement spécifique. Lorsqu'une BMR est identifiée par le laboratoire, le service et l'infirmière hygiéniste sont alertés par un appel téléphonique.

Un pictogramme de couleur selon la précaution complémentaire est collé dans le dossier patient papier, le même pictogramme est collé sur la porte de la chambre du patient et le chariot d'isolement est préparé selon les préconisations définies par le CLIN.

L'organisation en place permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe d'hygiène avec par exemple, les professionnels contactent l'équipe d'hygiène en cas de besoin. Le classeur des précautions complémentaires est connu des professionnels.

Des laves bassin sont présents dans tous les services de soins, des sacs à usage unique sont disponibles en cas de clostridium. Une infirmière hygiéniste identifiée assure les informations sur l'utilisation du lave bassin auprès des équipes. L'équipe d'hygiène participe actuellement à un groupe de travail pour un choix de lave bassin pour le groupement.

Le circuit des déchets est opérationnel avec des locaux « déchets » propres, rangés, sécurisés et identifiés. Le tri sélectif des déchets, aidé par le groupe développement durable, est en place. Depuis 2018, le tri pour le métal est réalisé et le tri pour les plastiques a commencé. Les bacs sont entretenus par du personnel dédié. Des campagnes sur la représentation des DASRI ont été menées auprès des agents.

Pour le linge contaminé des sacs rouges hydrosolubles sont mis à disposition.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du risque infectieux est organisée, périodique et structurée avec un suivi du plan d'actions réalisé par les pilotes de processus, le CLIN, et l'UHH. Le bilan annuel est présenté à la CME avec un focus sur l'avancée du plan d'actions.

Des audits ou EPP en lien avec la thématique sont conduits régulièrement comme des audits sur l'hygiène des mains, un audit sur la gestion des excréta, le bio nettoyage, un audit sur l'antibioprophylaxie, ... le bilan des Infections nosocomiales sur le secteur chirurgie est transmis aux praticiens.

Le taux annuel d'agents vaccinés contre la grippe fait partie des indicateurs.

Un CREX a été réalisé suite à un défaut d'information concernant un patient porteur de BHR. Il a été suivi d'un audit sur les précautions complémentaires.

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

Le programme d'actions est réajusté annuellement en fonction des résultats des différentes évaluations et suivi des indicateurs.

Des actions de communication et de sensibilisation sont conduites comme par exemple la journée hygiène des mains, la chambre des erreurs, une formation sur les précautions complémentaires...

Des actions de prévention ont lieu (exemple, la campagne de vaccination contre la grippe par voie d'affichage et journée de sensibilisation).

Les audits réalisés donnent lieu à des actions qui sont réévaluées pour la plupart par un second audit de contrôle. Par exemple : l'audit sur les DASRI a conduit à une sensibilisation des agents au tri des déchets associés aux soins et des déchets associés aux soins contaminés ce qui a entraîné une diminution conséquente du tonnage des DASRI. L'audit conduit sur la pose des sondes à demeure a déclenché une révision de la procédure et un audit de suivi est actuellement en cours sur un des sites du groupe hospitalier, l'audit sur les précautions complémentaires a permis la réalisation d'affiches et de pictogrammes à coller sur les dossiers patients et sur les portes des chambres correspondantes, la mise à jour de protocoles avec validation au COMEDIMS a fait suite à un audit...



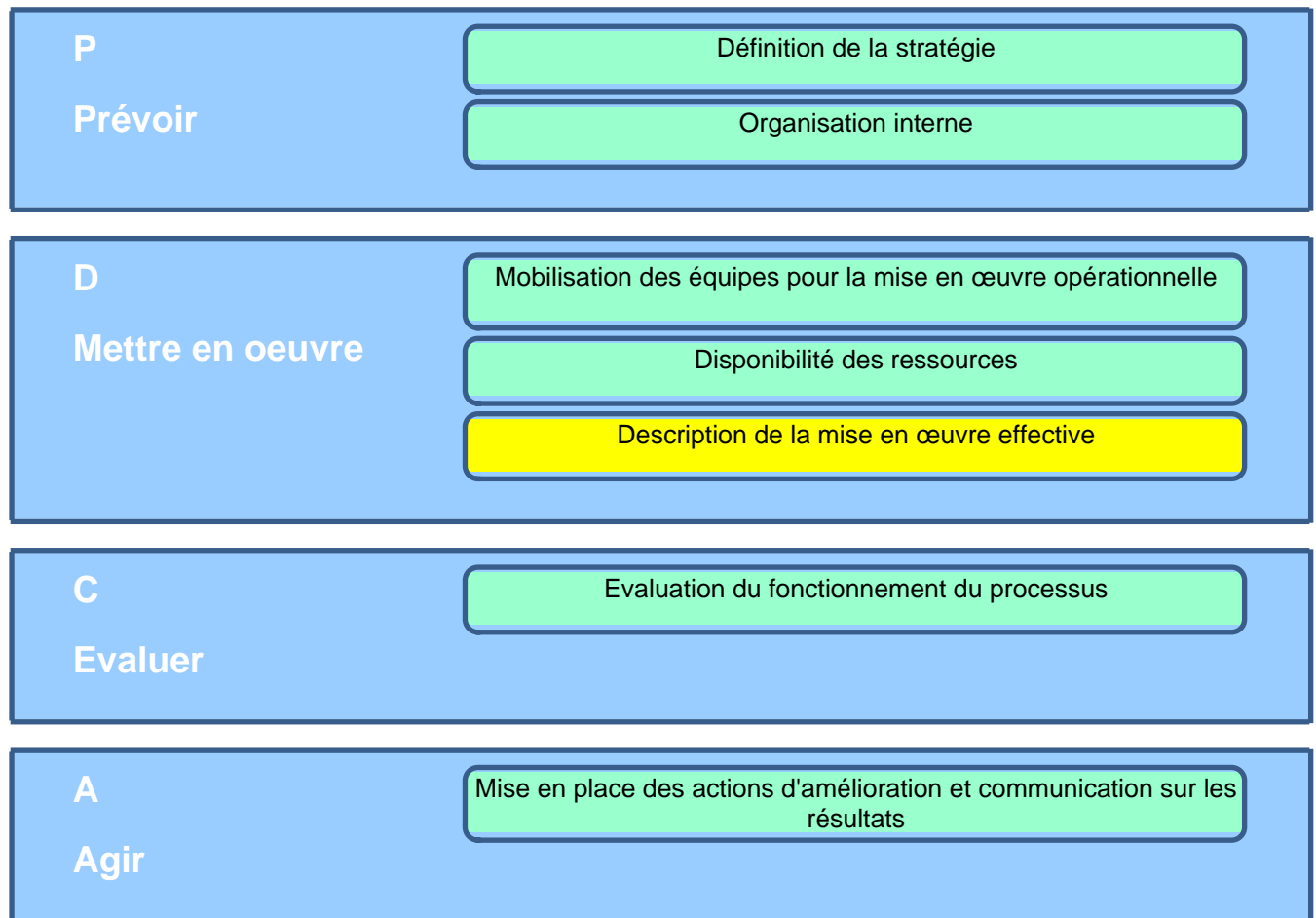
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La prise en compte des droits des patients est notifiée dans une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, d'une analyse des risques propres à l'établissement, du contexte et des obligations légales et réglementaires.

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (ci-après dénommé l'établissement ou le GHLRRA) a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients dans son projet d'établissement 2013-2018 (prolongé jusqu'en 2019), qui a défini un axe prioritaire de « garantir une prise en charge de qualité et adaptée à chaque patient ». Cet axe est décliné dans chaque volet du projet d'établissement, dont le projet médical et le projet de soins, avec prise en compte du souci constant d'une prise en charge éthique et bien-traitante du patient favorisant son information, et respectant son consentement.

Élaborées par un groupe de réflexion de la Direction des soins, l'établissement a formalisé des chartes des attitudes professionnelles adaptées aux différents types de prise en charge (consultations, imagerie, urgences, réanimation, bloc opératoire, bloc obstétrical, hospitalisation, psychiatrie, gériatrie). Ces chartes ont été validées par la Commission des soins (juin 2012), et présentées aux instances, dont la CDU. Depuis octobre 2012, elles sont affichées dans chaque service et diffusées individuellement aux professionnels, afin de faire l'objet d'échanges sur les principes et les valeurs véhiculées, notamment « être au service et à l'écoute de la personne accueillie ».

De plus, suite à une mission en juillet 2018 de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le GHLRRA a confirmé son engagement dans une limitation et un encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement, notamment dans son rapport annuel 2018 relatif aux soins en chambre d'isolement et aux contentions.

En référence aux orientations stratégiques de l'établissement, le Comité Sécurité et Qualité des Soins (Comité SQS) a défini son programme qualité et gestion des risques (QGdR) 2019-2020, qui détaille plusieurs objectifs opérationnels, dont la promotion de la bientraitance, l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées, la confidentialité des données du patient, la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque, le respect des bonnes pratiques en matière de contention, et son évaluation.

Cette politique a été validée par les instances de l'établissement, dont la CME, et présenté en CDU.

L'établissement a identifié ses besoins avec une approche par analyse de processus, conduite par l'équipe de pilotes, sur la base d'une ancienne cartographie des risques a priori, et en prenant en compte différentes sources de données : indicateurs (dont IQSS tenue du dossier patient en MCO, PSY, SSR et HAD : participation ou accord du patient à son projet thérapeutique, à sa prise en charge en HAD, mentions personne à prévenir et personne de confiance), indicateurs du programme Hôpital Numérique, questionnaires de satisfaction (dont satisfaction sur la confidentialité), plaintes et réclamations (nombre d'entretiens avec la personne en charge des relations avec les usagers, nombre de médiations,...), analyse des événements indésirables (EI), enquêtes et audits (par exemples, audit de tenue du dossier patient, audits patient traceur, rapport de visite d'analyse de risques de l'assureur SHAM,...). Les résultats des évaluations et des contrôles sont également pris en compte, ainsi que les évolutions réglementaires.

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, établi sur la base de ses risques prioritaires présentés dans son compte qualité. Ce plan d'actions intègre également les recommandations de la CDU (notamment poursuivre les démarches engagées sur la prise en charge des patients aux urgences, poursuivre la sensibilisation des professionnels à la loi Claeys-Léonetti, et mettre en place des formations des professionnels à l'accueil et l'écoute des patients et leur entourage). Ce plan d'actions est intégré dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020.

Le Comité Sécurité et Qualité des Soins (Comité SQS) a validé, en mai 2019, le compte qualité, qui hiérarchise les risques sur la base de leur criticité résiduelle, et définit les priorités d'actions à mettre en œuvre dans l'établissement en matière de droits des patients, portant principalement sur la promotion de la bientraitance, l'évaluation de la perception du risque de maltraitance par les soignants, l'évaluation de l'application des bonnes pratiques de contention et d'isolement, la poursuite de la sensibilisation des professionnels à la loi Claeys-Léonetti, l'évaluation du recueil de la personne de confiance, et l'évaluation de la traçabilité du recueil du consentement et de l'information au patient.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis a établi une organisation pour piloter le processus : le président de la CME, la cadre supérieure de pôle représentant la Commission des soins à la CDU, la responsable de la cellule Relations avec les Usagers, et le directeur adjoint, en charge de la Direction Usagers, Risques et Qualité (DURQ), président de la CDU, copilotent la thématique « droits des patients », avec l'accompagnement et l'appui méthodologique d'un référent identifié de la cellule Qualité-Gestion des Risques (référent QGdR).

Depuis la précédente visite de certification, et dans le cadre de l'évolution de la gouvernance Qualité décidée fin 2017 par l'établissement, le pilotage des processus a été renforcé, et est composé, a minima, d'un responsable médical, d'un cadre paramédical et d'un membre de l'équipe de direction. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste ou des fiches de missions (de juin 2018 pour les pilotes de processus).

Les pilotes de processus, en groupe de travail accompagné par un membre référent de la cellule QGdR de l'établissement, ont conduit la démarche processus, réalisé la cartographie des risques, défini les risques prioritaires et le plan d'actions associé, qui est établi en lien avec les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020.

L'organisation du pilotage du processus « droits des patients » est articulée avec la CDU, qui est tenue informée de la démarche processus. Le directeur adjoint, en charge de la Direction Usagers, Risques et Qualité (DURQ), président de la CDU, s'appuie sur la CDU, en lien avec la responsable de la cellule Relations avec les Usagers, pour le suivi de la mise en œuvre de la politique et du plan d'actions. Ils veillent également à la communication des résultats (par exemple, résultats des enquêtes de satisfaction présentés en CDU).

La CDU est très active depuis plusieurs années (8 à 9 réunions par an), en présence de représentants d'associations d'usagers impliqués dans la démarche, et attentifs à la bienveillance et au respect des droits et libertés des patients, et à l'image positive de l'établissement auprès de la population. La vice-présidence de la CDU est assurée par un représentant des usagers, qui est également membre du Comité SQS. Un règlement intérieur de la CDU est en place (validé en novembre 2016).

Le président de CME et la cadre supérieur de santé, copilotes du processus droits des patients, assurent la coordination de la démarche en lien respectivement avec la CME et la Commission des soins, notamment pour le suivi du plan d'actions d'amélioration, et la communication des résultats (par exemple, résultats des audits patients traceurs).

Les projets de prise en charge permettent le respect des droits des patients et des libertés individuelles : projet personnalisé de soins et d'accompagnement favorisant, dans la mesure du possible, l'implication du patient et de son entourage, et l'expression de ses préférences. Une organisation permettant d'assurer un accueil personnalisé, avec accompagnement de l'entourage, est en place dans les différents services de l'établissement, notamment pour les parturientes en maternité, dans les secteurs ambulatoires, pour les patients en soins palliatifs, dans les secteurs de santé mentale, en SSR, en SLD, en HAD,...(par exemple, attention particulière dans la prise en charge des mineurs, des personnes handicapées...).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels, notamment entre les différentes unités de soins et services sur les sites (chirurgie, psychiatrie, SSR, SLD, soins palliatifs, HAD), et également entre les établissements du territoire de santé dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire avec les établissements de La Rochelle, Rochefort, Marennes et Oléron (GHT Atlantique 17 créé en juin 2016). Les besoins en formation initiale et continue des professionnels sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants, qui suivent un parcours visant à faciliter leur intégration avec tuteurage.

Le règlement intérieur de l'établissement (janvier 2007), les chartes des attitudes professionnelles adaptées (juin 2012), les fiches de poste et de mission, ainsi que les contrats de travail rappellent aux professionnels les principes fondamentaux liés au respect du patient et les règles de bonne conduite professionnelle, en référence à la charte du patient hospitalisé.

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion documentaire et une organisation permettant l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés, ainsi que le consentement éclairé du patient, avec recherche de son implication dans son projet thérapeutique ou projet personnalisé de soins et d'accompagnement.

Néanmoins, les modalités internes de signalement de cas de maltraitance ne sont pas totalement définies. Les experts visiteurs ont constaté lors de la visite et plus particulièrement lors de l'audit processus « droits des patients » qu'aucune modalité spécifique de signalement d'un éventuel cas de maltraitance n'est en place. Le signalement d'un éventuel cas de maltraitance peut être effectué par un rapport interne à la direction ou par le système interne de fiche de signalement des événements indésirables (qui ne dispose toutefois pas de rubrique particulière sur cette problématique). Il existe par ailleurs un formulaire de signalement au procureur et une conduite à tenir en cas d'agressivité d'un usager (document de juin 2016). Une démarche d'auto-évaluation sur le thème de la maltraitance a été conduite en 2014 dans l'établissement. Des actions de sensibilisation par l'encadrement et des formations pluriannuelles « bienveillance et prévention de la maltraitance » sont en place. L'établissement envisage un renouvellement de l'auto-évaluation en 2020.

Les plaintes et réclamations orales des patients sont prises en compte par les cadres d'unités et de services, et remontent si nécessaire à la responsable de la cellule Relations avec les Usagers, copilote de

la thématique « droits des patients », qui organise si nécessaire des rencontres avec les familles, et fait le lien avec la CDU. Le tableau de suivi informatisé des plaintes et réclamations est présenté en réunion de la CDU, et peut être consulté par les représentants des usagers quand ils le souhaitent.

Le livret d'accueil, remis lors de l'admission, informe le patient sur ses droits et sur les missions de la CDU. La liste des membres de la CDU est affichée dans le livret d'accueil, sur le site internet, et sur des panneaux à l'entrée des sites de l'établissement, avec moyens pour les contacter. Les représentants des usagers ont été associés à l'évolution du contenu des livrets d'accueil (MCO, Psychiatrie, SSR, SLD, HdJ, HAD et réanimation), et des questionnaires de satisfaction qui sont spécifiques aux différents types de prise en charge.

En lien avec l'espace de réflexion éthique régional, un comité local d'éthique est en place au sein du GHLRRA depuis 1999. Présidé par un pédopsychiatre très investi, ce comité est actif en présence de médecins et de soignants de différents services de l'établissement. Ce comité se réunit environ cinq fois par an et dispose d'un règlement intérieur (mis à jour en mai 2008). Le comité d'éthique réalise un bilan régulier de ses actions (par exemples : conférences et réunions thématiques, actions de formation et de sensibilisation). Une méthode de saisine du comité local d'éthique est disponible sur l'intranet pour les professionnels de l'établissement.

Dans le cadre de l'élaboration de son Projet Médical Partagé, le GHT Atlantique 17 a lancé en mars 2019 une consultation des professionnels de santé libéraux, des partenaires et des usagers, grâce à un questionnaire en ligne, afin de cerner leurs attentes pour l'hôpital de demain. Des groupes de travail ont été créés, visant à constituer la base d'une démarche plus pérenne entre l'hôpital et les professionnels de santé libéraux, les usagers et les partenaires de l'hôpital. Cette démarche ambitionne notamment à créer un groupe d'usagers-citoyens, pouvant intervenir en complément des représentants des usagers sur des projets d'ampleur de l'hôpital (Projets d'établissement, Nouvel Hôpital,...).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions adaptés aux différentes unités de soins et services, avec sensibilisation et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés. Le GHLRRA étant organisé en pôles, les contrats de pôle comprennent des objectifs généraux et spécifiques pour l'amélioration de la qualité, en lien avec la thématique (par exemples, taux de retour des questionnaires de sortie, taux de satisfaction des patients, réalisation d'une enquête annuelle de satisfaction).

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du plan portant sur cette thématique (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, état d'avancement).

Les copilotes du processus, avec l'appui des cadres de santé, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations (par exemple, résultats des audits de tenue du dossier patient et des audits patients traceurs). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les pilotes et les cadres de santé, avec la participation des professionnels et de représentants des usagers (par exemples : mise en place de dispositifs assurant la confidentialité, sécurisation de l'accès aux salles de soins, sensibilisation aux droits des patients, à la bientraitance lors des réunions de service,...). Les résultats sont communiqués aux équipes, notamment ceux concernant la satisfaction des usagers (par exemple, suites données aux doléances exprimées).

A l'initiative de la Direction des soins et du bureau CME-Direction, un groupe pluri professionnel et inter-sites, comprenant des médecins et paramédicaux, a été constitué en octobre 2015, avec pour objectif d'améliorer la pratique de la contention physique du patient, au sein du GHLRRA, au regard des recommandations de bonnes pratiques. Ce groupe a permis la mise en place d'actions visant à sécuriser la pratique : diffusion de documents de référence aux professionnels, formation des soignants aux mesures alternatives possibles, achat de dispositifs de contention homologués quand la contention est incontournable, élaboration d'une fiche d'information sur la contention destinée aux patients et aux familles avec avis de la CDU,.... Ce groupe a également réalisé une analyse de risques a priori des conditions de sécurité en secteur d'isolement en psychiatrie.

Les professionnels de l'établissement sont sensibilisés par les pilotes et les cadres de santé, sur la base de la charte de la personne hospitalisée et des chartes des attitudes professionnelles adaptées, à la promotion de la bientraitance, ainsi qu'au respect des libertés individuelles.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec les professionnels concernés. Une synthèse est présentée en CDU, qui propose des actions d'amélioration (par exemple, poursuivre les démarches engagées autour de l'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs adaptés et formés), matériels (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les différentes unités de soins et services et sur les différents sites du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis.

Les besoins en formation initiale et continue des professionnels sont définis, et des actions de formation relatives aux droits des patients sont mises en œuvre (bienveillance et prévention de la maltraitance, accueil de la personne en situation de handicap, communication dans les soins, annonce d'un dommage lié aux soins, droits des malades et loi Claeys-Léonetti, prévention des situations d'agressivité et de violence en psychiatrie, prévention du harcèlement, accompagnement des personnes en fin de vie, décès et deuil pour les soignants, contention physique du patient, l'instant repas – l'instant plaisir,...).

Des actions de sensibilisation des professionnels sont conduites par les pilotes et les cadres de santé, notamment lors des réunions d'équipes, sur la base des différentes chartes des attitudes professionnelles adaptées.

Les nouveaux arrivants suivent un parcours d'accueil et d'intégration, au cours duquel les principes, valeurs et pratiques professionnelles, règles de confidentialité, bienveillance et éthique sont rappelés par les responsables de l'établissement.

Malgré des bâtiments parfois relativement anciens sur les différents sites, le GHLRRA dispose de locaux correctement adaptés, et en grande partie accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les conditions d'hébergement permettent, dans l'ensemble, de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des dispositifs de séparation sont mis en œuvre dans les chambres à 2 lits pendant les soins. Le GHLRRA poursuit un programme de travaux de rénovation de ses anciens bâtiments, afin notamment d'améliorer les conditions d'hébergement, de soins et d'accessibilité. Le GHLRRA a également engagé une réflexion sur un projet de Nouvel Hôpital.

Sur le site MCO Saint-Louis, l'établissement a mis en place un salon des sortants, dans le hall d'entrée, proche du bureau des sorties pour les formalités, où les patients et éventuellement leurs proches peuvent attendre, notamment leur société de transport, dans un espace spécifiquement aménagé, et avec possible collation.

En collaboration avec l'Union Régionale des associations agréées d'usagers du système de santé, l'établissement a ouvert, sur le site St-Louis, un espace des usagers, où des représentants des usagers ou des associations de santé conventionnées avec l'établissement tiennent des permanences. Sur le site Marius Lacroix, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (association UNAFAM) tient une permanence pour information et entraide des patients et leur entourage.

Afin d'accueillir les familles des patients hospitalisés pendant une période donnée, l'établissement a ouvert, en mai 2015, une Maison des Familles sur le site St-Louis. Cette Maison des Familles, gérée par des bénévoles, accueille, à moindre frais, les familles de personnes hospitalisées grâce à quatre studios équipés de kitchenette, dont deux pour les Personnes à Mobilité Réduite.

Afin de maintenir les liens familiaux pendant l'hospitalisation, en dehors des unités de soins, l'établissement a créé, en octobre 2016, un lieu destiné aux rencontres parents-enfants en faveur des personnes hospitalisées, sur le site Marius Lacroix (Psychiatrie), à proximité du foyer des patients (Espace OLYMPE).

L'établissement a mis à disposition des professionnels des procédures actualisées dont accueil et sortie du patient, désignation d'une personne de confiance, recueil des directives anticipées, information et consentement du patient, information du patient en cas de survenue d'évènement indésirable grave, sortie contre avis médical, refus de soins, conservation des valeurs et des biens, gestion des plaintes et réclamations, bonnes pratiques de contention, bonnes pratiques concernant la prise en charge de personnes vulnérables, communication des dossiers patients, procédure spécifique pour mise en chambre de protection fermée,...

Des documents d'information sont également mis à disposition des professionnels (par exemples, fiche d'information sur la personne de confiance, vade-mecum « soins sous contrainte », conduite à tenir en cas d'aggravation du patient en SSR et en SLD, guide d'annonce d'un dommage lié aux soins, formulaires spécifiques d'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé,...). Le journal interne Infopital et l'intranet sont également des vecteurs d'information à destination des professionnels.

Les différents livrets d'accueil (Hôpital MCO, SSR et HAD) détaillent les droits et devoirs des usagers de l'établissement, et fournissent toutes les informations nécessaires au séjour. Ces documents avec annexes (dont composition de la CDU et modalités pour joindre les représentants des usagers) sont accessibles sur le site internet de l'établissement. Un livret d'accueil à la maternité et un livret d'accueil pédiatrique en HAD sont également en place. Le site internet de l'établissement détaille dans une rubrique spécifique les droits du patient.

De nombreux documents d'information sont mis à disposition des patients et de l'entourage, et l'accès à

ces ressources est facilité, notamment au niveau des accueils sur les sites, et dans les services (par exemples, dossiers-passeports pour une hospitalisation complète en chirurgie, pour une admission en chirurgie ambulatoire, pour une prise en charge en maternité, pour une prise en charge en rythmologie, fiches identitaires hémodialyse et néonatalogie, fiche d'informations sur la contention destinée au patient et aux proches, formulaires de demande de confidentialité, formulaires de consentement adaptés à la situation du patient,...).

Une antenne de la bibliothèque municipale de la ville de La Rochelle est installée au rez-de-chaussée du site Saint-Louis, service gratuit pour les patients et leur famille le temps de l'hospitalisation.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis mettent en œuvre des actions portant sur les droits des patients : information, confidentialité, intimité/dignité, bienveillance, projets thérapeutiques et projets personnalisés de soins et d'accompagnement.

Les entretiens avec les professionnels des différentes unités de soins et services sur les sites, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont démontré la sensibilisation et l'attention des équipes au respect des droits des patients. Les professionnels sont mobilisés autour de nombreuses pratiques de bienveillance en place dans les unités de soins (par exemples, utilisation de gaz analgésique ou d'hypnose lors des soins ou pansements douloureux, accès à des soins de confort, toucher-massage et toucher relationnel, soins socio-esthétiques, respect des rythmes de vie et prise en compte de la volonté du patient pour l'organisation des soins, recueil au quotidien du consentement aux soins, respect des choix alimentaires, collations,...).

La mise sous contention et/ou en salle d'isolement fait systématiquement l'objet d'une prescription médicale, qui est régulièrement réévaluée.

Les professionnels de l'établissement sont engagés dans des projets pour favoriser le bien-être des usagers : tablettes ludiques et digitales « colore mon hôpital » permettant de calmer ou de rassurer les enfants se rendant au bloc opératoire, patient debout et tenues dignes lors des déplacements vers le bloc opératoire, Réhabilitation Rapide Améliorée Après Chirurgie (RRAAC) pour les interventions sur les genoux et les hanches, accompagnement des patients pris en charge en santé mentale dans une filière de réhabilitation au long cours, Wifi gratuit pour les patients,...

Les procédures sont connues des professionnels rencontrés lors de la visite et en grande partie appliquées. La traçabilité des informations est en majorité retrouvée dans les dossiers consultés par les experts visiteurs lors de la visite.

L'organisation permet la mise en œuvre de pratiques de recueil du consentement ou du refus de soins du patient, et en partie le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. La procédure d'information du patient en cas de survenue d'évènement indésirable grave est mise en œuvre, si nécessaire, avec traçabilité dans le dossier patient.

Toutefois, la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas systématiquement assurée dans tous les secteurs de l'établissement. Il a été constaté plusieurs situations à risque lors de la visite des unités et services de l'établissement. D'une part, les écrans informatiques restent parfois ouverts avec des données patients apparentes, dans les couloirs des services, sans qu'un professionnel ne se trouve à proximité immédiate. D'autre part, les locaux de stockage et d'archivage des dossiers patients papiers dans les services (poste de soins, bureau des médecins ou local d'archivage déporté) restent parfois ouverts sur les circulations et accessibles à des personnes non habilitées. Certains locaux d'archivage de dossiers patients papier dans les services ne sont pas sécurisés, ni exclusivement réservés à cet effet. De plus, concernant le volet papier du dossier patient HAD au domicile du patient, les prescriptions effectuées par les médecins traitants sont transmises au service HAD sous forme de photographies par messagerie non sécurisée.

Une cellule « communication et confidentialités des données », pluri professionnelle (médecins, paramédicaux, secrétaires, responsable brancardage,...) est en place depuis 2015, pilotée par le médecin DIM. Cette cellule a recensé les situations à risque dans l'établissement et mis en place des actions de sensibilisation des professionnels au respect des bonnes pratiques (sur la base d'affiches) et des évaluations de pratiques (EPP portant sur le respect des règles de confidentialité des informations relatives au patient et à des proches), dont les résultats sont en cours d'analyse pendant la visite.

Le dispositif d'accueil personnalisé du patient est mis en œuvre, notamment en médecine, en chirurgie et en HAD avec des paramédicaux dédiés à cette fonction et parfois des infirmières coordonnatrices.

Un dispositif est également en place afin d'accueillir au mieux l'entourage du patient (par exemples, mise à disposition de lits pour les accompagnants des patients en soins palliatifs, salons des familles, possibilité de repas avec les patients,...). Tout au long de la prise en charge du patient, des entretiens et des rencontres avec les familles sont organisés (par exemples, rencontres d'équipe avec les familles en réanimation, en psychiatrie, en SSR, en SLD). Lors des décès des patients, un soutien psychologique et un accompagnement est proposé aux familles.

La gestion des plaintes et réclamations est articulée avec celle des événements indésirables. La procédure de traitement des réclamations des patients est mise en œuvre avec tenue d'un registre de suivi informatisé. De plus, l'établissement a mis en place une démarche proactive afin de réduire le nombre de contentieux : dès les premiers signes faisant suspecter une future réclamation/doléance, une rencontre est organisée entre les familles/usagers et la responsable de la gestion des plaintes et en charge des relations avec les usagers, parfois en présence des équipes et/ou des praticiens, afin de désamorcer certaines situations qui faute de prise en charge rapide, auraient pu aboutir à une réclamation voire une plainte (42 entretiens de ce type en 2016, 36 en 2017, 44 en 2018). La CDU émet des recommandations tracées dans les comptes rendus et prises en compte dans le plan d'actions (par exemple, mettre en place des formations des professionnels à l'accueil et à l'écoute des patients et de leur entourage).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus, avec l'appui de la cellule QGdR, assurent l'évaluation du fonctionnement et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions (comprenant notamment la surveillance du niveau de satisfaction des patients). Le respect des droits, la satisfaction du patient et de son entourage sont principalement évalués par les questionnaires de sortie du patient (dont les taux de satisfaction sont positifs à très positifs), par les lettres de remerciements, d'éloges et témoignages reçus, ainsi que par les plaintes et réclamations (indicateurs : nombre d'entretiens avec la personne en charge des relations avec les usagers, nombre de médiations, nombre de plaintes, et délai de traitement des plaintes). Pour améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie, le GHLRRA diffuse régulièrement les scores atteints par les pôles, et des objectifs sont assignés aux pôles. Des enquêtes de satisfaction sont régulièrement menées auprès d'échantillons représentatifs des personnes prises en charge à l'hôpital. L'établissement participe également depuis 2015 à l'enquête I-SATIS mesurant la satisfaction des patients hospitalisés en MCO : le nombre de répondants augmente sensiblement d'année en année, et la grande majorité des patients hospitalisés se déclarent satisfaits de leur prise en charge. Les résultats détaillés sont diffusés et analysés en CDU.

L'établissement assure également l'évaluation de cette thématique dans le cadre de l'audit de tenue des dossiers patients, et des audits patients traceurs (indicateurs de traçabilité de la personne de confiance, de la participation ou accord du patient à son projet thérapeutique, de l'information donnée au patient). De plus, l'établissement suit les indicateurs du programme Hôpital Numérique, notamment ceux en lien avec cette thématique.

Le groupe de travail sur la contention établit un bilan annuel de ses activités, qui est présenté en CME, Commission des soins et en CDU (juin 2018 pour le bilan annuel 2017). Ce groupe a engagé en 2019 un audit de pratiques professionnelles sur la contention dans l'établissement.

L'établissement a également engagé une enquête de pratiques concernant la traçabilité du consentement et de l'information délivrée au patient.

Les actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients sont analysées dans l'établissement en lien avec la CDU, et présentées en Commission des soins et en CME. Un bilan annuel de la CDU est réalisé et communiqué.

## A / AGIR

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

Le plan d'actions spécifique à la thématique « droits des patients » est intégré et articulé dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020. Ce plan d'actions est suivi et révisé, si nécessaire, lors des réunions de la CDU. Les pilotes du processus en rendent compte annuellement au Comité SQS, à la Commission des soins et à la CME.

Les actions définies dans le compte qualité sont engagées et en grande partie réalisées (par exemples : mise en place d'un nouveau formulaire concernant la personne de confiance, mise en place de formations et actions de sensibilisation à la loi Claeys-Léonetti, diffusion des procédures et documents spécifiques concernant l'isolement et la contention en psychiatrie, programme de travaux pour l'amélioration des circuits, de l'accueil et de la prise en charge des patients aux urgences, développement d'actions d'information des patients avec des documents élaborés par spécialité pour les secteurs à risque,...).

Suite aux observations et écarts de la précédente visite de certification portant sur la thématique « droits des patients », le GHLRRA a engagé des actions d'amélioration, et poursuit leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation par les pilotes. Concernant la désignation de la personne de confiance, l'établissement a revu son circuit de désignation, mis en place une procédure actualisée avec un formulaire de désignation, dispensé des actions de sensibilisation et formations aux professionnels, et évalue les pratiques professionnelles par des audits flash de dossiers patients et par le suivi des IQSS. Concernant la

remise du livret d'accueil aux patients, l'établissement a dispensé des actions de sensibilisation par l'encadrement visant à inciter les professionnels à remettre au patient le livret d'accueil lors de son arrivée, couplée avec des explications sur son contenu.

Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté a effectué en mai 2017 une visite des chambres sécurisées du GHLRRA, émettant plusieurs recommandations qui ont été prises en compte par l'établissement dans son plan d'actions et dont le suivi de la réalisation a été assuré.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication sur les actions conduites et sur les résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles, de pôle et de service, intranet, journal interne Infopital, affichage) et des usagers (notamment via la CDU).

L'établissement participe à des actions de sensibilisation sur les droits et la bientraitance des patients, notamment au cours des semaines de sécurité des patients.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

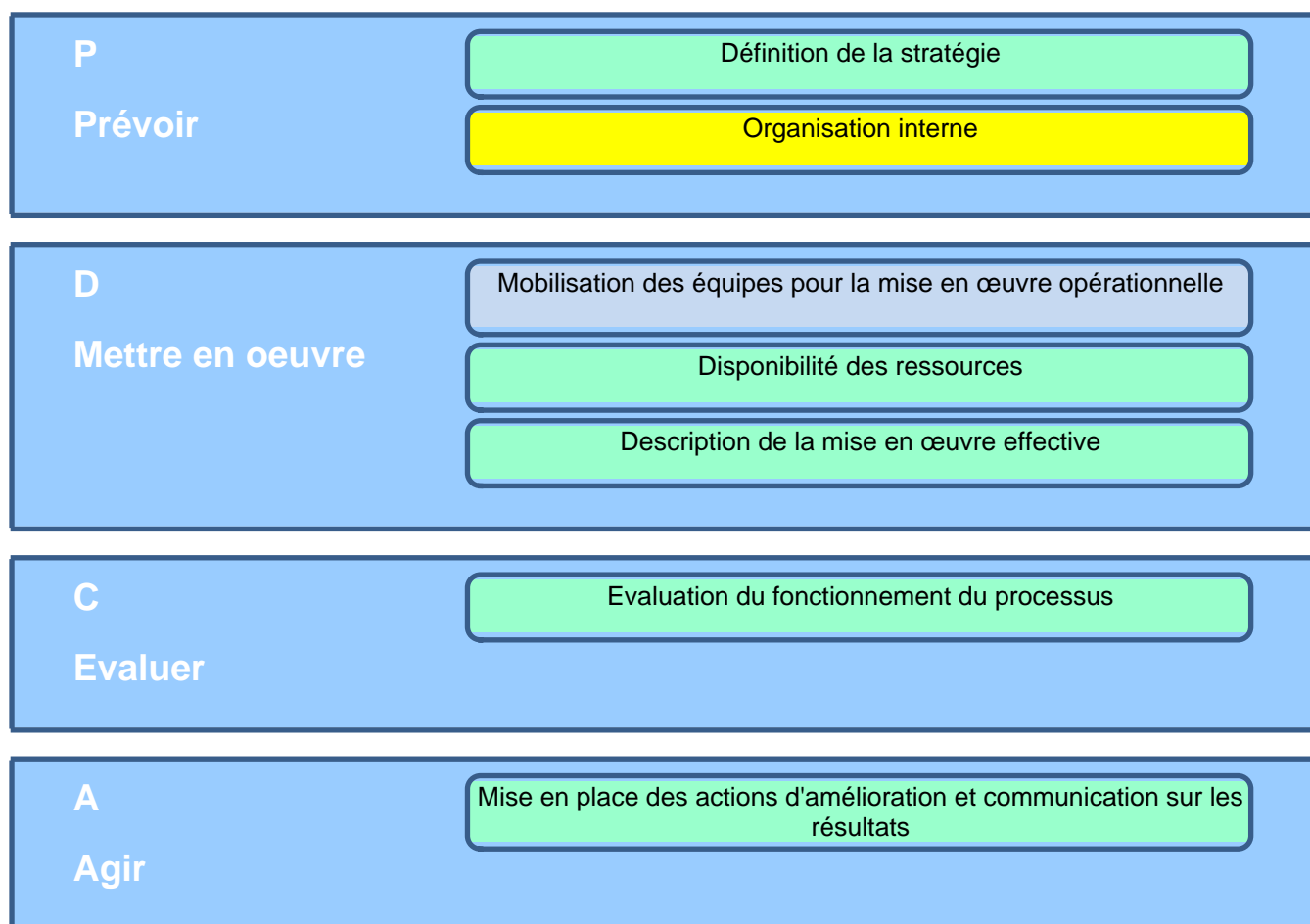
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Si à long terme (10 ans) la stratégie est la reconstruction du centre hospitalier de Saint Louis (La Rochelle) sur un autre site, le projet d'établissement 2013/2017 est toujours d'actualité. Il a en effet été prorogé 2 fois d'une année sur décision du Conseil de Surveillance. Le projet médical partagé de groupement hospitalier du GHT du territoire 17 est en cours de déclinaison et a récemment été présenté aux instances. Les missions spécifiques de l'établissement pourraient encore avoir quelques modifications.

La stratégie actuelle est en conséquence la mise en place de réorganisations sur le parcours patient sur des objectifs actés dans l'ancien projet d'établissement avec quelques réactualisations.

Depuis juillet 2018, une direction commune est en place entre LA ROCHELLE-RE-AUNIS, ROCHEFORT et MARENNES.

Le projet en cours est donc conforté et un des axes majeur est "d'améliorer le parcours du patient" au regard notamment des spécificités du vieillissement de la population, par le développement de filières.

Dans le CPOM 2019/2023, le groupe hospitalier a fait le choix de prioriser l'optimisation du parcours patient par la prise en charge des urgences et la fluidification du parcours patient, et en CME des priorités ont été retenues sur cette thématique.

Beaucoup d'objectifs proposés dans le dernier projet d'établissement 2013/2017 ont été mis en place. En effet, de nombreuses réorganisations sur le parcours avaient été envisagées et ont déjà été réalisées. On peut citer de façon non exhaustive :

- le virage ambulatoire en psychiatrie avec la diminution de 17 lits d'hospitalisation et la création d'appartements thérapeutiques
- l'amélioration de la fluidité sur le parcours patient via les urgences par la création d'une salle d'afflux massif avec un personnel dédié présent afin d'éviter l'attente dans les couloirs, et 6 lits de psychiatrie créés aux urgences.

Pour améliorer la disponibilité des lits, et améliorer la fluidité des parcours une "cellule d'ordonnancement" a été créée. A ce jour, elle fonctionne jusqu'à 21 h mais le but est de la rendre opérationnelle 24 h /24. Cette gestion repose sur l'optimisation des transports, du bionettoyage des chambres de sortie, et est en lien avec un salon de sortie pour les patients valides.

L'ensemble de la cardiologie est située maintenant sur le même niveau contiguë au plateau technique d'imagerie interventionnelle.

Le regroupement des 60 lits de médecine gériatrique est réalisé sur l'hôpital Saint Louis, sur 2 ailes appelées MAG (Médecine Aigüe Gériatrique) et MOG (Médecine Orthopédie et Gériatrie) avec la création d'une Unité Péri-Opératoire Gériatrique.

La réorganisation des services de chirurgie avec le développement de l'ambulatoire, et le développement de la Réhabilitation Rapide Après Chirurgie.

Les services sociaux sanitaires et psychiatriques ont été regroupés permettant la mise en place d'une plateforme territoriale unique assurant une meilleure cohérence.

Les liens avec le secteur libéral et médico-social ont été renforcés, de nombreuses conventions et partenariats sont mis en place. Des conventions existent au niveau des unités de gériatrie avec les EHPAD, de la psychiatrie enfant, avec les IME, les services d'aide sociale à l'enfance, les équipes pédagogiques...

En complémentarité de ces actions pérennes, il est mis en place des organisations en périodes touristiques : Un centre de soins Non Programmés est ouvert sur la période estivale à Saint Martin en Ré pour éviter des transferts inutiles sur le centre hospitalier. Une réflexion est en cours pour l'ouverture d'un centre identique sur St Pierre d'Oléron. 10 lits de dialyse supplémentaires sont ouverts au centre hospitalier en période estivale.

Pour établir le compte qualité, il a été réalisé une évaluation de l'ensemble des risques possibles sur les différents secteurs, donnant lieu à la programmation de nombreux objectifs et actions d'amélioration. Ces risques ont été évalués en faisant remonter les observations du terrain par thématique dans des groupes de travail, en prenant en compte les déclarations des événements indésirables, les résultats des IQSS et les EPP en cours qui concernent tous les secteurs. Ceci a été préféré à l'élaboration d'une cartographie des risques.

Grâce à la mise en place de cette organisation, et cette redéfinition du service des urgences la moitié des patients ne passent plus par ce service et il existe de moins en moins d'hébergement dans des lits d'autres secteurs. Une orientation est organisée en cas d'absence de place dans le service d'accueil prévu, et un arbre décisionnel oriente le patient vers un « service préférentiel » et identifie les services à éviter. Cette organisation permet d'attribuer le « bon lit au bon patient ».

On retrouve dans le programme qualité gestions des risques 2019/2020 de nombreuses actions à mettre en place au regard des risques identifiés sur le parcours patient. Décliné autour de 4 axes, l'axe 1

est « organiser le parcours du patient ». Y sont déterminés de nombreux objectifs avec des responsables identifiés, des actions spécifiques à mettre en place et des échéances sur l'ensemble des secteurs et sur des objectifs transversaux (douleur, nutrition,...).

Le programme a été présenté et validé par les instances, à noter que toutes les commissions de la CME comprennent des soignants.

L'exhaustivité des risques et les objectifs décrits dans le compte qualité permettent à ce dernier d'être utilisé comme PAQSS.

### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique sur le parcours patient est assuré par le Directeur Général, le président de la CME, la directrice de la coordination générale des soins ainsi que par 3 directeurs adjoints responsables des pôles. Au niveau opérationnel les pilotes sont 3 responsables de pôle médical et 2 cadres supérieurs de santé. Ces pilotes ont une "lettre de mission".

Les plans de formations par pôles tiennent compte des compétences nécessaires selon les spécificités des services et des demandes des professionnels évoquées dans les entretiens d'évaluation. Il existe un plan de formation spécifique pour l'éducation thérapeutique et plusieurs projets sont labellisés par l'ARS.

Des formations sont prioritaires dans certains secteurs (ex : psychopathologie en psychiatrie).

Cependant, la formation des professionnels à l'utilisation du matériel d'urgence et aux premiers gestes de secours n'est pas totalement organisée. Les formations AFGSU sont insuffisantes sur l'établissement comme cela peut être constaté dans les plans de formations. Entre 2017 et 2019, 243 agents sur 3650 ETP ont été formés avec de nombreux professionnels non soignants y participant. Pour autant, il existe des formations/sensibilisations aux gestes d'urgence "de base" par exemple aux défibrillateurs, à l'arrêt cardio respiratoire, pour les non soignants et des formations courtes aux "gestes d'urgence adaptés" qui ne donnent pas lieu à certificat AFGSU, ainsi que des formations de "sauveteurs secouristes du travail". Le déménagement récent du centre de formation dans des nouveaux locaux sur le site Marius Lacroix avec un CESU va permettre la mise en place de nombreuses formations et notamment d'augmenter le nombre de professionnels formés à l'AFGSU grâce à une salle dédiée.

Les recrutements sont en adéquation avec les besoins.

La gestion documentaire est structurée par parcours et disponible depuis les ordinateurs des unités de soins.

Les travaux et achats de matériel tiennent compte de l'évolution de la prise en charge (ex : lits Alzheimer, rails de transfert en USLD, rénovation des unités...).

Sur les secteurs cliniques le DPI permet le suivi du parcours patient lors des transferts d'unité.

Le système d'information est structuré autour du DPI mais ce dernier n'est pas au même niveau dans toutes les unités. Une nouvelle version est programmée.

Au niveau des secteurs cliniques, l'accueil du patient est organisé en tenant compte des besoins et ressources nécessaires : la cellule d'ordonnancement permet un meilleur accueil et une gestion des lits assurant une meilleure fluidité dans les secteurs. Dans les secteurs SLD et SSR, les admissions proviennent essentiellement par trajectoire et les cadres de santé assurent la gestion des lits.

Le lien est important entre les services d'amont et d'aval et les équipes mobiles, notamment pour les soins palliatifs, les services d'enfants et les établissements de personnes âgées.

Les circuits et interfaces sur le parcours patient sont organisés avec les secteurs administratifs notamment grâce au DPI, et avec les secteurs logistiques et médicotechniques. Ils sont également organisés entre les services MCO et les blocs concernant les transferts des patients.

A Saint Martin de Ré un laboratoire et un centre de radiologie externes assurent la réalisation des examens complémentaires.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le Programme Qualité et Gestion des Risques de l'établissement décline sur ses 5 axes des plans d'actions propres aux secteurs : organiser le parcours patient / optimiser le fonctionnement hospitalier / garantir une prise en charge adaptée à chaque usager / renforcer la maîtrise des risques associés aux soins / renforcer le management de la qualité et la gestion des risques.

On retrouve en effet dans chaque axe des objectifs et des actions à mettre en œuvre concernant le parcours patient. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur l'activité, sur les plans d'actions d'amélioration de leurs secteurs, et sur leurs résultats lors des réunions organisationnelles organisées par les cadres et les cadres supérieurs de santé et lors des réunions de service annuelles.

Un logiciel spécifique permet les déclarations de événements indésirables dans lequel sont incluses les chutes. Un retour en est fait aux soignants, elles sont gérées par le cadre de santé. En cas de dommage lié aux soins, les EI graves sur le parcours sont analysées en CREX en équipe pluri-professionnelle, et des professionnels sont formés (en cardiologie, en oncologie en service fermé de nuit, en psychiatrie,...) .

De nombreuses EPP sont réalisées dans la plupart des secteurs sur les parcours patient. La plus part sont au stade 4 et 5 et suivies sur un tableau de bord.

Dans les secteurs de psychiatrie des analyses de pratiques professionnelles sont réalisées avec un psychologue extérieur permettant la mise en place d'actions correctives.

Des actions correctives sont également proposées par les praticiens faisant l'objet d'analyse en groupe médecin, cadre supérieur de santé et cadre de santé.

En dehors des questionnaires de sortie, la satisfaction des usagers est évaluée au moyen de questionnaires spécifiques adaptés à certaines prises en charge ou dédiés à une unité de soins particulière permettant également des actions correctives.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les catégories socio-professionnelles présentes sont en adéquation quantitatives et qualitatives avec les compétences nécessaires pour les différents secteurs.

Dans les besoins, il est tenu compte des fluctuations de l'activité notamment en période estivale.

Pour assurer la continuité des soins sans faire appel à l'intérim, les unités de proximité sont parfois appelées en soutien par rappel des soignants en heures supplémentaires ou par mutualisation des services (notamment en SSR, USLD par exemple). Pour autant, certaines catégories socio-professionnelles restent "déficitaires" (radiologues, IBODE). L'établissement prend en compte de nouveaux besoins, de nouvelles catégories professionnelles sont apparues comme la présence d'un Enseignant en Activité Physique Adapté à PUILBOREAU, et la mise en place d'une IDEC. L'établissement valorise certaines professions (ASH).

En cas de besoin, il est fait appel aux professionnels d'autres unités pour des actions de soutien (ex : psychologue de l'EHPAD qui intervient Sur le SSR à PUILBOREAU).

On retrouve dans tous les secteurs des systèmes de gardes et astreintes permettant d'assurer la continuité de la prise en charge médicale 24 h /24. Le système « Allo docteur » est effectif dans la plupart des unités permettant aux médecins de ville de joindre un médecin de l'établissement. Les médecins de ville ont participé à la création de ce projet.

En cas d'urgence en HDJ, il peut être fait appel au somaticien de garde ou au centre 15.

A Saint Martin en Ré en SSR, les médecins libéraux participent à l'organisation des gardes et astreintes.

Le recours à un avis compétent est possible dans l'établissement voire à l'extérieur, et des procédures d'hospitalisation sont possibles par exemple en pédiatrie ou en inter secteur adolescent pour un enfant en HDJ. En période hivernale et de vacances, il est prévu un renfort de personnel en pédiatrie.

La mobilité professionnelle est favorisée par exemple dans les secteurs d'enfants selon les groupes d'âge, l'intégration des nouveaux professionnels est organisée avec une grille de suivi et un temps de doublure plus ou moins long selon la spécificité de l'unité, encadré par un référent (jusqu'à 6 semaines en hémodialyse).

Le nouveau centre de formation sur le site Marius Lacroix avec un CESU va permettre la mise en place de nombreuses formations et notamment d'augmenter le nombre de professionnels formés à l'AFGSU grâce à une salle dédiée. D'autres salles de simulation permettront des formations spécifiques et prioritaires sur les secteurs (préparation médicaments, mise en situation, TMS...). Cet ensemble permettra l'augmentation de la qualité des formations avec des mises en situation et des méthodes pédagogiques innovantes.

Des professionnels référents ont un temps détaché pour la formation sur les gestes et postures notamment dans les services de gériatrie.

Il existe des formations spécifiques par secteurs et par CSP, et des formations transversales.

Les formations font l'objet de réinvestissement avec présentation d'un retour sur formation

La formation OMEGA sur la gestion de la violence est une priorité du pôle psychiatrie et des urgences. L'AGFSU reste une formation insuffisante sur l'établissement.

Les professionnels bénéficient des formations internes (par les psychologues, médecins, l'UTN sur les temps de staff et de transmissions), sur des thématiques spécifiques, et des temps de réunions sur les pratiques professionnelles permettent également des actions de formation par les médecins.

Plusieurs IDE sont formées au CREX dont une de nuit.

Plusieurs professionnels ont bénéficié de formation du type DU (soins palliatifs, nutrition, ergonomie, coronarographie,...).

L'encadrement des étudiants notamment IDE est assuré par des professionnels formés.

Les documents à disposition des professionnels correspondent à leurs besoins. Ils sont disponibles sur les ordinateurs. De nombreuses procédures et protocoles sont formalisés.

La qualité architecturale des bâtiments n'est pas homogène. Il existe des services entièrement neufs avec des équipements très performants (par exemple la balnéothérapie de Puilboreau) des services de construction récente (maternité), d'autres avec une rénovation de qualité (comme la cardiologie et les services interventionnels), d'autres sont en cours de rénovation, et certains sont très vétustes (pédopsychiatrie) mais avec un projet de reconstruction acté.

Certains locaux ne sont pas assez sécurisés (comme la pédiatrie mais des travaux sont programmés pour le pose de porte automatique). Pour autant quel que soit l'état des locaux la prise en charge des patients est optimale car les professionnels adaptent les soins aux contraintes architecturales et matérielles.

Le matériel est performant et même très adapté dans certaines unités (rail de déplacement en USLD, lits Alzheimer, balnéothérapie en inox, matériel performant en imagerie et cardiologie interventionnelle...)

Des sacs et chariots d'urgences sont présents dans toutes les unités et sont contrôlés régulièrement selon des procédures. Des réactualisations du contenu de ces sacs sont en cours pour les adapter à la population (ex : dans les secteurs ambulatoires de psychiatrie).

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge multidisciplinaire est effective et adaptée à la patientèle des secteurs. Les admissions peuvent être directes dans les secteurs ou par le service des urgences. L'identification du patient est effective lors de tous les soins (présence de bracelets d'identification posés aux urgences ou dans l'unité) et les professionnels sont sensibilisés à la vérification pour tout acte. Dans les services le livret d'accueil est en place et sa distribution est organisée (lors de la préparation de la chambre), si nécessaire des informations complémentaires sont données par l'équipe. En HDJ psychiatrie enfant le livret d'accueil est en cours de formalisation, pour autant il existe un document d'information avec les explications du parcours de l'enfant et des fiches explicatives. L'entrée est programmée et les parents visitent le service et rencontrent les professionnels, et leur accord est demandé pour formaliser la mise en place d'un calendrier de prise en charge. Pour les SSR et USLD, Trajectoire est utilisé avec validation médicale ou commission d'admission en USLD. Des renseignements complémentaires peuvent être demandés avant l'admission. En pédiatrie pour les entrées programmées, les parents sont rappelés la veille de l'hospitalisation pour réassurance. En HDJ enfant, il existe des hospitalisations de nuit. La douleur est évaluée à l'admission et selon les unités réévaluée à périodicité définie. Dans la plupart des secteurs, elle est réévaluée à chaque prise de traitement et est tracée sur le dossier patient. Des échelles spécifiques pour les enfants par exemple, les personnes âgées et les non communicants sont disponibles. Une infirmière anesthésiste intervient en transversal sur la problématique douleur. L'indication du poids la notion de perte de poids et de la taille sont retrouvés et si nécessaire une échelle de BRADEN est réalisée mais face aux IQSS encore insuffisants (63% de dépistage des troubles nutritionnels) il est mis en place une Unité Transversale en Nutrition dont le début de l'activité est récent. Malgré la disparité des dossiers de soins dans les unités (papier / plus ou moins grande informatisation), la continuité de la prise en charge est organisée avec la possibilité de retrouver les documents des hospitalisations antérieures. L'évaluation initiale médicale et l'évaluation des autres professionnels sont retrouvées dans les dossiers sur l'ensemble des secteurs. Dans certaines unités des check-lists d'admission (macro-cibles spécifiques) sont formalisées pour les soignants. En psychiatrie sur le site Marius LACROIX, les parcours entre les unités d'hospitalisation sous contrainte, libre, de réhabilitation et leur liens avec les CMP et les centres de soins de jour extérieurs sont bien coordonnés tant pour les adultes que les adolescents et la pédopsychiatrie. Le service "CAP SOINS 17" sur le site permet des accueils de personnes polyhandicapés sur tout le département. En cas d'urgence les médecins somaticiens de cette unité sont disponibles pour les secteurs de psychiatrie intra. L'évaluation initiale du patient en psychiatrie comprend un volet somatique. Dans le service adolescent à MARIUS LACROIX il est réalisé par les internes si l'enfant vient d'un CMP ou du domicile. Le patient est vu systématiquement par un somaticien s'il passe par le service des urgences. Les patients des services de psychiatrie adultes sont suivis par les somaticiens du site qui passent hebdomadairement dans les unités où à la demande. En cas d'urgence, il est fait appel au bloc des spécialités médicales "CAP soins 17" situé sur le site (avec possibilité Radios, EEG, ECG). La recherche du bénéfice / risque est tracée en cas de besoin dans les dossiers notamment en cas de prise en charge spécifique, d'intervention, de modification de traitement et de mise sous contention. Le risque suicidaire est pris en compte lors de l'évaluation médicale (il existe un référent formé dans les services de psychiatrie) il peut être fait appel au psychologue si besoin selon le protocole validé. Des réunions pluri-professionnelles ont lieu dans les unités somatiques, et /ou des réunions cliniques en psychiatrie avec des périodicités en cohérence avec les types de prise en charge (ex toutes les semaines en SSR, quotidien en psychiatrie). Dans les services de psychiatrie d'hospitalisation de jour ou dans les centres de soins on retrouve un Projet thérapeutique personnalisé cosigné par les infirmières référentes, le patient (ou ses parents, ou tuteurs) et le médecin. Ces réunions permettent d'adapter les projets thérapeutiques, les Projets de Soins Personnalisés ou les Projets de Vie, en tenant compte des populations spécifiques (personnes âgées, handicapées, vulnérables,...). Le délai des projets tient compte de la nécessité, selon le type d'hospitalisation d'un temps d'observation variable pour l'écriture d'un projet cohérent. Néanmoins, un Projet de Soins Personnalisé n'est pas élaboré avec les professionnels concernés dans tous les secteurs. Le secteur HAD n'a pas mis en place de projet de soins personnalisé. L'information sur les soins est orale sans trace écrite et signature du patient comme cela a pu être observé avec le patient traceur en HAD.

En hôpital de jour sur le site de PUILBOREAU pour les patients de psycho-gériatrie présentant des troubles cognitifs, une consultation de pré-admission peut être mise en place et une journée d'évaluation permettant la mise en place d'un Projet Individualisé avec la prescription d'ateliers spécifiques : SNOZELEN, balnéothérapie.... Cette unité possède également une équipe mobile en gériatrie qui intervient si besoin pour le suivi à domicile, sur les différents sites et dans les EHPAD du secteur en convention. Dans les secteurs de psychiatrie des analyses de pratiques professionnelles sont réalisées avec un psychologue extérieur. Dans ces secteurs de psychiatrie un point social est fait une fois par mois.

Tous les éléments constitutifs de la prise en charge sont tracés dans les dossiers par les professionnels concernés. Pour tous ces projets, on retrouve dans l'ensemble des chapitres du projet d'établissement la notion de "patient partenaire et acteur de soins" (incluant l'entourage). Son information (par des "passeports" spécifiques en chirurgie, maternité, cardiologie"), permettant au patient d'être acteur de sa prise en charge en amont de l'hospitalisation. Sa participation, son consentement sont recherchés et tracés, en tenant compte de ses facultés de compréhension. La prise en charge multi professionnelle est tracée dans les dossiers et selon des unités (particulièrement en psychiatrie) des personnels référents peuvent être identifiés pour le patient et / ou l'entourage. L'éducation thérapeutique est formalisée dans plusieurs services : il existe 3 programmes ETP en psychiatrie (dont un groupe de dépression intersectoriel). Des professionnels sont formés et des programmes sont labellisés dans plusieurs secteurs (En pédiatrie par exemple il existe un programme sur le diabète). Il existe également des programmes non labellisés. Des actions de sensibilisations à l'éducation sont également réalisées au quotidien par les équipes au cas par cas (diabète, AVK, stomies...).

La sortie du patient est organisée le plus souvent dès l'admission en fonction de son évolution, et des objectifs atteints, avec si possible la participation de l'entourage. En HDJ pour enfants par exemple le projet est travaillé avec les parents avec possibilité de visite de l'établissement d'aval et synthèse avec les professionnels. Les comptes rendus des professionnels peuvent être remis aux parents.

En SSR, des visites à domicile peuvent être envisagées pour assurer au mieux le retour du patient. Le secteur est en attente de création d'un studio d'autonomie pour évaluation des capacités du patient avant sortie, et les besoins d'aide à domicile sont anticipés si besoin par les services sociaux.

Dans certains secteurs notamment en médecine gériatrique et en SSR les patients sortent avec leur Compte Rendu d'Hospitalisation et l'ensemble des documents nécessaires à la continuité des soins (fiche de liaison IDE, Kinésithérapie,...) les prescriptions de matériel pour le domicile sont anticipées.

Cependant, les documents nécessaires à son suivi (lettre de liaison) ne sont pas toujours remis au patient à sa sortie. La lettre de liaison n'est pas remise systématiquement à la sortie comme cela a pu être confirmé dans les entretiens avec les professionnels. La raison principale évoquée est un problème de paramétrage de logiciel, mais il a été également clairement explicité par les secrétaires de certaines unités que les médecins et les internes n'adhèrent que très peu à cette obligation. Même si le Compte Rendu d'Hospitalisation est réalisé, les délais d'envoi sont très variables selon les unités. Des outils sont mis en place comme la reconnaissance vocale mais peu opérationnels et peu utilisés à ce jour.

Il existe de nombreux partenariats et conventions avec les services d'aval (EHPAD, aide sociale à l'enfance, enseignement,...)

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits par patients traceurs ont été réalisés mais pas dans toutes les unités, pour autant d'autres modes d'évaluation sont mis en place.

Des EPP, des CREX, des audits sont réalisés dans plusieurs unités (dépistage des troubles nutritionnels, port du bracelet d'identification, escarres,...), et leur suivi est réalisé.

Les fiches d'EI et les chutes sont déclarées dans un logiciel spécifique. Les EI graves font l'objet de retour d'expérience.

De nombreux indicateurs par pôles sont suivis périodiquement, et sont inscrits dans les contrats de pôle.

Une grille d'évaluation du risque suicidaire est en cours d'élaboration.

Des enquêtes de pratiques sont réalisées notamment dans les secteurs de psychiatrie.

Des staff EPP sont réalisés en post-urgence.

Un suivi mensuel des objectifs et indicateurs QGR de pôle est assuré par la cellule QGR.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec le programme d'action sur le parcours patient. Par exemple, la réorganisation des services sociaux a permis l'amélioration des sorties, et le nouveau centre de formation va permettre d'améliorer les formations en interne notamment sur les gestes d'urgence. En gynéco obstétrique un programme est en cours pour les sorties précoces.

Le bulletin « INFOPITAL » informe les professionnels. Le dernier numéro par exemple évoquait le parcours de soin, et les différents mouvements de services.

Sur les ordinateurs "l'agenda en bref" donne des informations sur les projections, débats, conférences à

venir ouvertes aux professionnels.

Les réunions d'équipes à périodicités définies selon les unités permettent à l'encadrement de faire redescendre les informations institutionnelles sur le parcours patient.

Des réunions de fonctionnement sont organisées dans les centres de soins permettant de réévaluer la prise en charge dans la structure.

Il existe une organisation de journées d'échange au niveau de la Communauté Territoriale Hospitalière.

Au niveau des usagers, il existe des ateliers transversaux en lien avec les autres structures, par exemple dans les services d'enfants : le « café parent » pour les enfants atteints d'autisme.

De nombreuses actions de sensibilisation sur le parcours en santé sont réalisées dans le hall de l'établissement de La Rochelle pour l'information des usagers (octobre rose, mois sans tabac, don d'organe,...).

Les usagers sont informés par affichage dans les services et le hall, et les représentants des usagers lors des instances et des CDU reçoivent les informations sur la prise en charge sur le parcours patient.



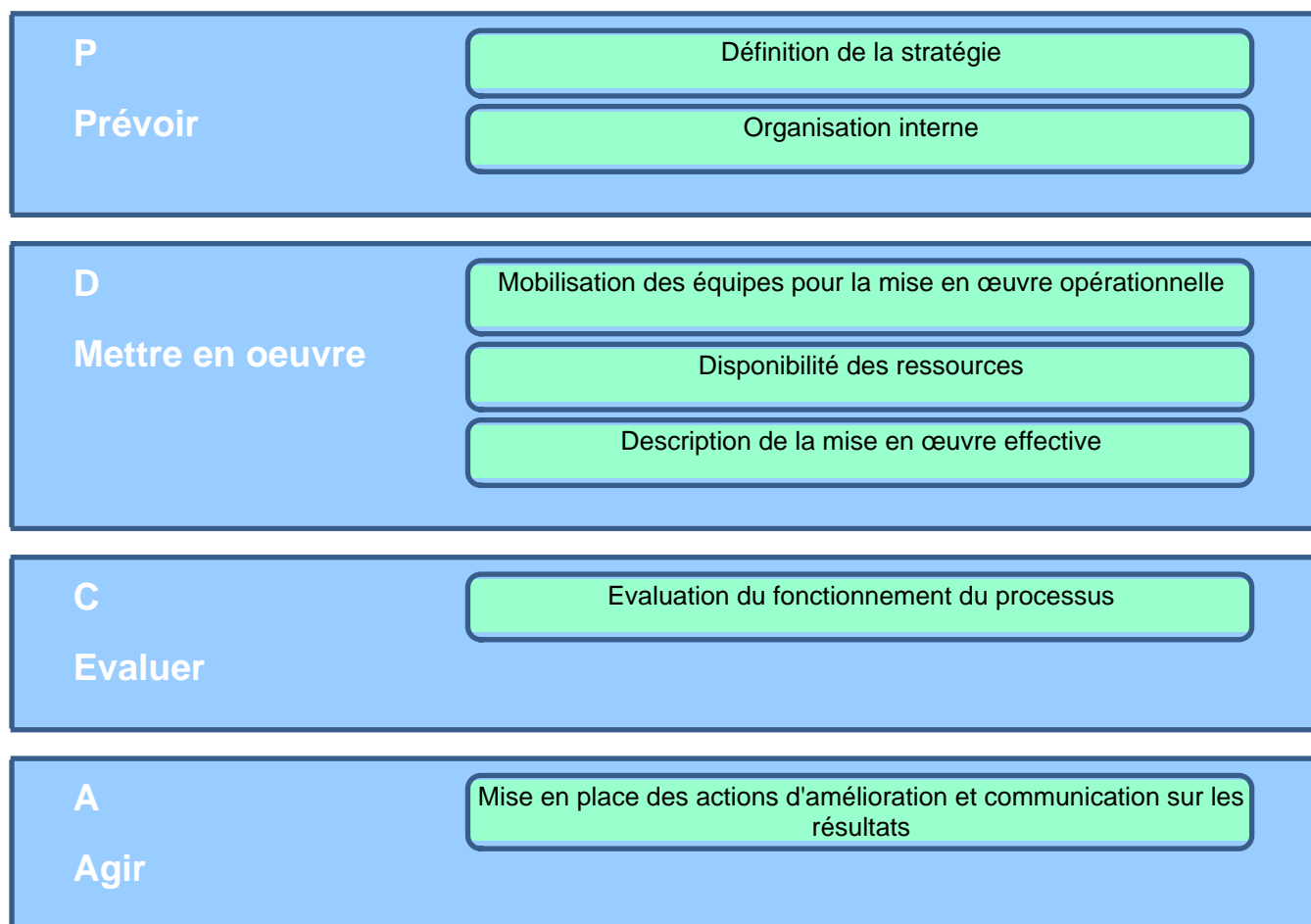
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Au Groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (LRRRA). Il existe une politique du dossier patient et des objectifs associés, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres.

La politique du dossier patient a ainsi été élaborée sur la base d'une analyse des risques (8 risques identifiés), la conformité à la réglementation, les audits et évaluations, les observations de la précédente visite de certification (2016), le suivi des plaintes et réclamations, les analyses statistiques, dont celles relatives aux événements indésirables.

Cette analyse a été menée par le groupe de travail pluridisciplinaire du processus dossier patient comprenant un médecin DIM, la cadre supérieure d'organisation, le directeur du SIH, et toute une équipe formée de secrétaires et IDE.

Cette stratégie est inscrite dans le projet d'établissement 2013-2017 prorogé 2019 et dans le CPOM, en association avec la politique des systèmes d'information. Elle est validée par la direction et la CME. Un nouveau rapport d'étape, dans le cadre de la poursuite du déploiement de l'informatisation, a permis la dématérialisation des services de gastroentérologie, médecine aiguë gériatrique et de l'unité d'orthopédie gériatrie (UPOG).

Cette action complète la mise en place déjà réalisée en gériatrie, SSR, urgences, HAD, hémodialyse et psychiatrie. Les autres unités possèdent un dossier papier (médical et soignants). Par contre, toutes les unités disposent d'un logiciel de prescription communiquant avec la pharmacie pour validation, dispensation, administration et d'un logiciel de synthèse permettant d'émettre et de récupérer les comptes rendus d'hospitalisation (CRH) et comptes rendus opératoires (CRO).

Certains documents, telle la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la fiche d'aggravation, le recueil de consentement, inventaire..., restent manuscrits dans un classeur "soignant".

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en plans d'actions dans le compte qualité faisant office de PAQSS, intégrant les ressources et les modalités de suivi et dans le compte qualité pour les actions identifiées comme prioritaires.

Les principaux objectifs retenus sont le déploiement complet de l'informatisation dans le cadre du futur GHT, la formation des professionnels (e-learning) à l'utilisation du logiciel et l'accompagnement des nouveaux arrivants à cet outil.

Cette stratégie et son programme d'actions, formalisé, sont présentés annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Un comité de pilotage est composé de la cadre supérieure d'organisation, du médecin DIM et du directeur du SI.

Une fiche mission spécifique au processus précise les rôles et les missions du pilotage.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernés par le pilotage et la mise en œuvre de la politique du dossier patient sont également indiqués dans les fiches de poste.

La directrice des soins est également la personne référente pour le dossier informatisé.

Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences sont prévues en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Ainsi, les besoins en formation initiale et continue sont identifiés et prévus pour l'ensemble des professionnels concernés.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Elles fixent les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile et son archivage.

Cependant, les règles de gestion de la saisie d'identité en HAD définies ne sont pas totalement conformes. Il n'existe pas de passerelle informatique entre la base d'identité du GH LRRRA et le logiciel de gestion de l'HAD. L'identité du patient est saisie primitivement dans le logiciel de l'HAD ce qui est potentiellement source d'erreur et cela crée une seconde base d'identité. Les patients sont saisis dans la GAM (Gestion Administrative du Malade) pour les mouvements des patients pour permettre la visibilité des mouvements dans le logiciel de gestion institutionnel. Les logiciels de l'établissement et secteur HAD

ne sont pas interfacés. Le GH a identifié ce risque dans son compte qualité. Une réflexion est en cours dans le cadre du déploiement complet du dossier patient informatisé (projet GHT) pour pallier à cette difficulté.

L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation, en incluant les modalités spécifiques et il fait l'objet d'une procédure.

Le patient est informé dans le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les services des droits d'accès à son dossier.

Le processus d'information des professionnels (Infopital) sur les règles de tenue et d'accès au dossier est en place.

L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge avec les correspondants externes en temps utile.

L'informatisation permet un accès en temps réel à l'ensemble du dossier dans les services concernés.

Les besoins en procédures sont identifiés et formalisés. Celles-ci sont adaptées à la taille et aux missions de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire.

Il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé.

L'archivage est décliné en trois périodes (dossiers actifs dans les unités, à un an dès la sortie dans les secrétariats et enfin dans des locaux sécurisés).

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

La cellule qualité vient en soutien et assure les supports méthodologiques.

La gestion des interfaces est en conséquence formellement organisée pour faciliter cette concertation entre les professionnels de l'hôpital, de la HAD, des professionnels et entre les secteurs d'activités.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses missions, de ses besoins et des risques identifiés, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les cadres supérieurs des services de soins, des plateaux techniques et de l'HAD communiquent auprès de leurs équipes sur la politique du dossier du patient de l'établissement, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.

Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein de leurs secteurs, en lien avec les orientations de l'établissement, avec l'appui logistique de la cellule qualité.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) et mettent en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.

La directrice des soins assure la coordination entre les référents et les professionnels ainsi qu'avec l'éditeur pour faire évoluer le logiciel en fonction des demandes des utilisateurs.

Les professionnels de terrain s'impliquent dans les actions d'amélioration en participant à la révision des protocoles, aux évaluations du dossier patient, en déclarant les événements indésirables. Ceux qui sont dotés d'un dossier informatisé assurent une traçabilité de leurs activités en direct. Pour les autres services, il existe un dossier polyvalent (papier, médical et de soins) dont les utilisateurs doivent respecter les règles de tenue de dossier de l'établissement. Le déploiement du SIH concernant le dossier patient est évalué avec mise en place des actions correctives en cas d'écarts ou dysfonctionnements.

Ils ont accès aux résultats des évaluations et des indicateurs concernant le dossier patient.

Des actions de sensibilisation et de communication sont réalisées pour le respect des bonnes pratiques en matière d'identification des patients, des professionnels, d'horodatation, et de confidentialité.

Le journal interne (Infôpital) permet d'optimiser la communication sur l'utilisation du dossier et sur les risques identifiés (réunion de service, cellule qualité, instance (CME). De nombreuses évaluations ont été

réalisées : audits, EPP, chambre des erreurs, suivi des EI, et analyses des IQSS qui montrent encore des difficultés quand à la lettre de liaison (temps réel, identification, ordonnance).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations), en matériel (locaux et équipements informatiques) et documentation sont disponibles au sein des secteurs d'activités du groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis.

L'équipe DPI est composée de 2 secrétaires, 3 IDE et 2 cadres.

Les compétences des professionnels sont disponibles et effectives. Les professionnels en poste, les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du dossier patient.

L'accompagnement est formalisé pour les nouveaux arrivants avec un compagnonnage et dans certains services une check-list d'acquisition.

En amont de la mise en place du dossier médical et du dossier de soins, de nombreuses actions de formation ont été déployées. Elles se sont poursuivies pour accompagner l'ensemble des utilisateurs.

Des formations aux règles de tenue du dossier pour les professionnels (nouveaux arrivants et internes) sont assurées par les infirmières coordonnatrices, les cadres et la directrice des soins dès leurs arrivée et 2 fois par an pour les internes avec un support e-learning. Un tutorat est assuré pour les soignants.

Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles, soit sous format papier pour un certain nombre d'entre elles, soit via le logiciel de gestion documentaire. L'ensemble de la documentation est actualisé.

Une organisation est mise en place pour l'accessibilité aux dossiers 24h/24 et les archivistes sont formés à l'identitovigilance et à la confidentialité. Ils gèrent les requêtes avec un logiciel, constituent le dossier unique (pochette bleue) et gèrent les destructions conformément à la réglementation.

Les règles d'archivage sont connues.

Les locaux d'archivage déployés en trois sous unités, permettent le stockage de tous les dossiers en file active : ils assurent généralement la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont situés dans l'enceinte de l'établissement ainsi que dans un important local externe. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

Cependant, tous les locaux d'archives ne permettent pas d'assurer la sécurité des données. Un local d'archivage au sein de la structure de Puilebeau n'est pas équipé de détecteur à incendie conformément à la réglementation. Pour autant, lors de la visite un bon de commande a été établi.

Les équipements informatiques sont en nombre : ordinateurs portables dans les services, tablettes. Des ordinateurs en nombre supplémentaire ont été ajoutés au sein du bloc opératoire en particulier en SSPI, pendant la visite car ce secteur était moins doté que les services de soins.

Le DIM comprend 2 médecins et 12 TIM, le codage étant entièrement centralisé.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des secteurs du GHLARA (services de soins, service administratif et plateau technique) connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes du processus dossier patient.

L'informatisation du dossier médical (sur certaines unités), du circuit du médicament (prescription, validation et administration) et de la gestion prévisionnelle a été déployée depuis 2014. L'informatisation du dossier administratif et du dossier de soins du service HAD est effective. Le dossier de soins infirmiers informatisé pour le DPI a été déployé partiellement dans l'ensemble des services. L'informatisation du service des urgences est effective.

Le dossier d'anesthésie ainsi que la gestion des programmes et des plannings du bloc opératoire sont également informatisés, de même que le dossier administratif. Le bloc opératoire est informatisé actuellement, y compris pour l'anesthésie mais ne sont pas communiquant avec le dossier patient informatisé; de ce fait les prescriptions de sortie de la SSPI sont émises sur un document papier.

L'informatisation partielle du dossier patient permet de tracer les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps réel et utile et dans le dossier du patient, notamment en cas de transfert ou mutation.

Dans les autres unités, le dossier papier comporte également les informations recueillies dans l'établissement au moment de l'admission, au cours du séjour et lors de la sortie (personne de confiance, consentement éclairé...). Les motifs d'hospitalisation sont tracés.

Depuis la visite de 2016, un plan d'action a été mis en place pour assurer l'identification et l'horodatation de chaque pièce du dossier. Celles-ci sont datées et comportent l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du

professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.  
Les prescriptions médicales sont informatisées sur tout l'établissement.  
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval en respectant les règles de confidentialité.

L'accès du patient à son dossier est assuré. Les patients sont informés via le livret d'accueil de la possibilité de demander l'accès à leur dossier. Les délais de mise à disposition de son dossier au patient sont en amélioration pour les dossiers de moins de 5 ans. Suite à la visite de 2016, un plan d'action a été mis en place permettant de baisser le délai d'accès de 4 jours. Il reste néanmoins à 10 jours pour les dossiers de moins de 5 ans.  
La gestion des doublons est effective.

Par ailleurs, la traçabilité des éléments du dossier est assurée en temps utile comme le confirme les résultats des IQSS (tenue du dossier, douleur, identitovigilance, troubles nutritionnels) et l'examen des dossiers des patients traceurs.

La gestion des interfaces est opérationnelle, d'une part entre les urgences et les services de soins et d'autre part avec le laboratoire et le centre de radiologie.

Une messagerie sécurisée a été mise en place pour la communication avec la ville et les autres CH.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le GHLRRA assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs relatifs au dossier patient inclus dans le tableau de bord général des indicateurs pilotés par la RAQ et permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

En complément des IQSS et des indicateurs, deux EPP sur l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont en cours.

Le PAQSS de l'établissement contient un chapitre « processus dossier patient » dont un bilan est réalisé au moins une fois par an et permet de suivre l'état d'avancement des actions.

Les archives gèrent un contrôle qualité interne annuel de 800 dossiers.

L'établissement a participé au recueil des valeurs de l'indicateur « Hôpital Numérique ».

La cellule qualité évalue régulièrement le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier et communique les résultats à la CDU.

## A / AGIR

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

L'établissement a rédigé et mis en œuvre des procédures de mise à disposition du dossier patient papier et de reprise des antériorités dans le DPI dans le cadre de son plan stratégique de déploiement du DPI et de réduction du linéaire du dossier papier. L'établissement communique sur le déploiement du DPI.

Des plans d'actions spécifiques (8) depuis la visite de 2016, élaborés suite à des audits ciblés, dans les secteurs considérés ont permis d'accroître le taux de conformité du Dossier patient dans ces secteurs.

On notera en particulier des audits annuels de dossiers, des formations e-learning, la poursuite du déploiement informatisé, la réduction du temps d'accès au dossier, la mise en place d'une lettre de liaison type, la sécurisation des données, l'identification et l'horodatage,...

L'établissement a communiqué auprès des instances l'avancée de sa politique Dossier patient qu'elle soit papier ou informatisée y compris pour le secteur de la santé mentale. Il communique également auprès des professionnels sur les actions d'amélioration mises en place.



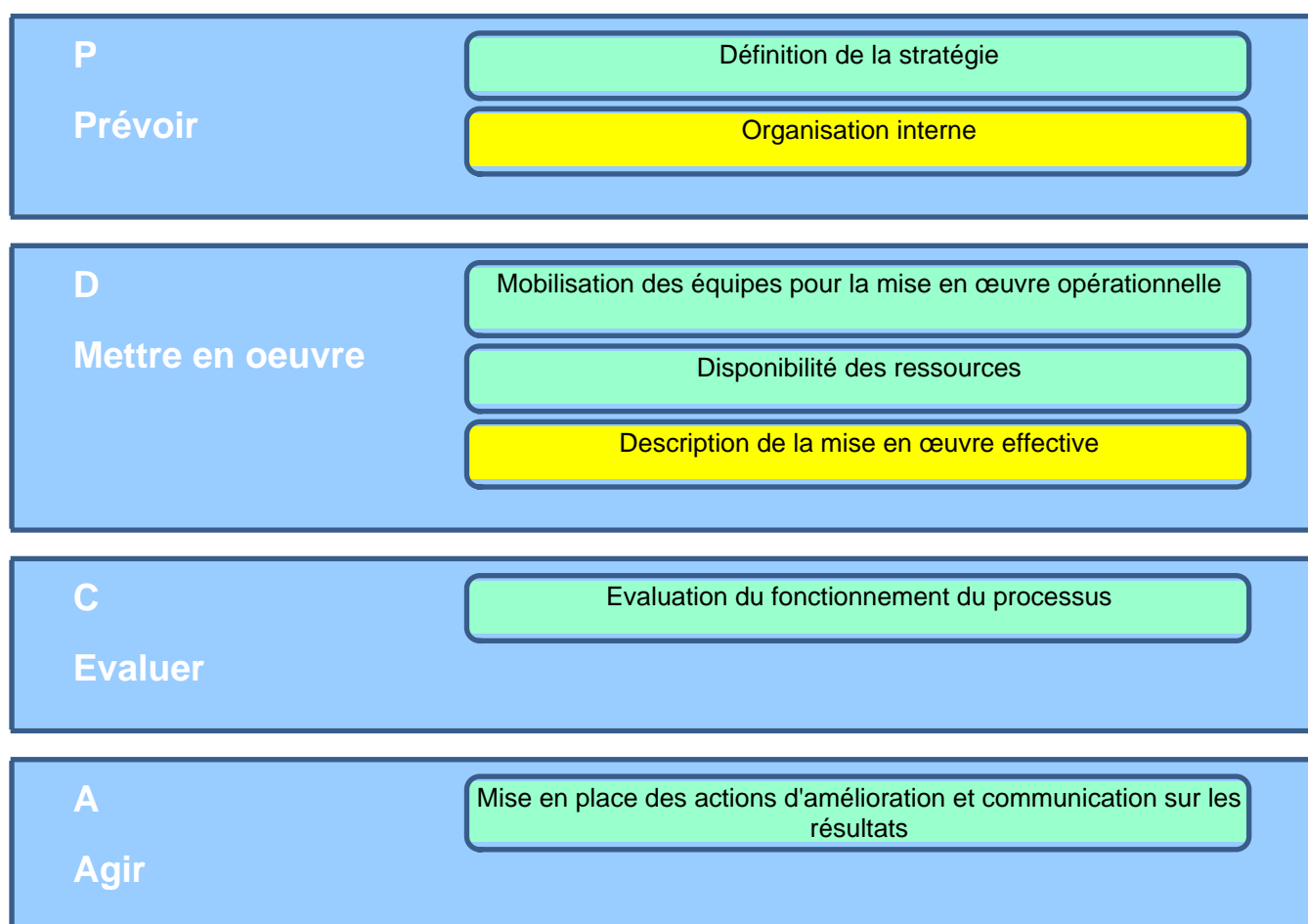
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Le groupe hospitalier La Rochelle Ré Aunis dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) pour les sites de Saint Louis et Saint Martin de Ré. Elle est intégrée au sein du pôle médico-technique. Elle assure les activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutique pour les services cliniques et médico-techniques, des activités de pharmacie clinique et de rétrocession. La production de cytostatiques est également assurée par la pharmacie pour l'activité de cancérologie de l'établissement.

Des objectifs qualités sont identifiés et sont inscrits en termes de stratégie et d'objectifs dans le projet d'établissement 2013-2019 afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse, ils portent sur :

- La poursuite du déploiement de la prescription informatisée
- La poursuite du développement de l'analyse pharmaceutique
- La garantie du bon usage du médicament, notamment sur le recours aux antibiotiques et les spécificités de la personne âgée
- La mise en œuvre du programme de maîtrise des risques sur l'ensemble du circuit du médicament (CDM), de la prescription dispensation administration
- La garantie de la mise en œuvre du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse (SMQPECM)

Une identification des risques a été réalisée prenant en compte les données réglementaires, le signalement des événements indésirables (EI), les résultats d'évaluations, d'audits et résultats IQSS, les données de la précédente visite certification, la visite de risque, et le suivi du CAQES.

L'établissement a considéré de ne pas identifier de "médicaments à risque" mais sur les situations à risque, risque prenant en compte les types de médicaments utilisés, les profils de patients pris en charge, et les modalités d'administration, et par ailleurs a défini des mesures de prévention sur l'ensemble des never events.

Les risques identifiés lors de la précédente visite sont pris en compte tels que les défauts de traçabilité des médicaments ou la non sécurisation des armoires de stockage.

10 risques ont été ainsi priorisés par la pharmacie, portant sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en hospitalisation à domicile (HAD), la continuité du traitement médicamenteux, l'activité de reconstruction des cytotoxiques, la sécurisation des armoires à pharmacie, ainsi qu'un travail institutionnel sur la traçabilité de l'administration et sur l'interruption des tâches. Cependant, certains risques n'ont pas été identifiés comme ceux portant sur les médicaments à risque et l'étiquetage des injectables.

Des objectifs sont déclinés dans un programme d'amélioration avec responsables, échéanciers et modalités de suivi, qui sont suivis par les pilotes, ces objectifs sont validés en COMEDIMS, et sont articulés avec les données issues du CAQES.

La stratégie est validée en CME et en COMEDIMS, la communication est assurée en interne en CME et CSIRMT et d'autres actions comme la semaine nationale de la sécurité du patient.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) ses rôles et missions sont définies dans une fiche de poste, assistée par la cadre supérieure de santé et le Directeur QGDR en charge du pôle.

La RSMQPECM est également membre du comité de pilotage de la Sécurité et de la qualité des soins, instance en charge de la qualité et gestion des risques du GHLRRA.

Le COMEDIMS est en place, sous-commission de la CME, des pharmaciens et médecins y participent, sa composition est définie et pluri professionnelle. Il se réunit 5 fois par an. Le bilan annuel est présenté en CME. Un organigramme précise les rôles dans la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, sur les sites extérieurs (HAD, site de Saint Martin de Ré), la stérilisation, l'informatisation, le bon usage, les vigilances....

Il existe des référents médicaux par service, et des référents paramédicaux en oncologie, en réanimation et au bloc opératoire. Il est également prévu des binômes préparateurs (PPH) et pharmaciens référents par service

Des pharmaciens sont identifiés sur différents postes : pharmacie clinique, unité recherche clinique, en charge de la conciliation médicamenteuse et responsable unité de reconstitution des chimiothérapies. Un pharmacien est en charge de la pharmacovigilance.

L'établissement possède également des médecins référents antibiothérapie et sur les prescriptions chez la personne âgée.

Il existe une liste de prescripteurs habilités dont les internes. Les sages-femmes ont également une liste



de prescriptions médicamenteuses.

Cependant, il n'existe pas de liste des médicaments à risque, l'établissement a fait le choix de travailler sur des situations à risque comme les doubles vérifications de préparation des médicaments injectables en néonatalogie, en anesthésie.

La permanence des soins est assurée par 13 ETP pharmaciens y compris en dehors des heures ouvrables et sur les 2 sites Saint Louis et Saint Martin de Ré.

Des formations des paramédicaux sur la iatrogénie médicamenteuse sont dispensées par la RSMQPECM, et des sensibilisations aux risques médicamenteux lors de l'accueil des nouveaux arrivants et des internes. Les nouveaux arrivants sont également formés à l'utilisation du dossier patient informatisé. Des formations spécifiques sont prévues pour les préparateurs en pharmacie sur l'unité de reconstitution des cytostatiques (URC).

En HAD, en lien avec les risques identifiés lors de la précédente visite, il existe une procédure spécifique sur le CDM en HAD. Il existe également un mode opératoire décrivant le dépannage de médicament en dehors des heures ouvrables sur le site de Saint Martin de Ré.

Certains documents d'information destinés aux patients sont mis à disposition comme sur la gestion des traitements anticoagulants.

Des procédures sont accessibles sur la base documentaire ou sur le logiciel de prescription administration (livret pharmaceutique base Vidal, bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée et référentiel HAS, gestion du traitement personnel...). Il existe un guide d'antibiothérapie.

Les modalités de stockage, transport, règles d'approvisionnement, de stockage, gestion des réfrigérateurs, sont définies.

Cependant, la documentation relative à la prise en charge médicamenteuse n'est pas complète. Il n'existe pas de manuel qualité. Il n'a pas été retrouvé de procédures précisant les modalités d'identifications des préparations injectables, en lien avec les recommandations des bonnes pratiques (OMEDIT). Par ailleurs, la procédure sur les prescriptions médicamenteuses date de 2010 et ne prend pas en compte les différents supports papier, différents logiciels informatique et l'organisation de la continuité du traitement médicamenteux. Il n'existe pas de procédure précisant les modes de prescriptions sur le logiciel de prescription administration (elle est en cours de rédaction). La procédure concernant les préparations de forme orale ne précise pas le moment où l'IDE doit préparer les piluliers et précise qu'il faut identifier le pilulier à l'aide d'une étiquette patiente et le numéro de chambre.

La PUI est au rez-de-chaussée et 1er étage site de Saint Louis, l'antenne du site de Saint Martin de Ré au sous-sol du SSR. Les locaux et circuits sont adaptés et conformes à la pharmacie avec une zone de rétrocession identifiée. L'unité de reconstitution des cytotoxiques est au sein de l'hôpital de jour d'oncologie, certifiée ISO 9001.

Dans les secteurs de soins, sont à disposition des armoires de rangement sécurisées pour les médicaments, ainsi que différents lieux pour les stockages des solutés et dispositifs médicaux, des chariots de distribution des médicaments équipés de postes informatiques, ainsi que des chariots d'urgences.

La prescription-administration est informatisée à 92 % des lits (supports papier en réanimation, hôpital de jour, de semaine et secteur des consultations). Il existe un logiciel de prescription institutionnel et des logiciels métiers sur les urgences, en dialyse, au bloc opératoire et en HAD.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

En lien avec les risques identifiés, le pharmacien RSMQPECM, la cadre supérieure de santé du pôle médico-technique et les binômes pharmaciens – préparateurs référents des services sont en charge de la sensibilisation des professionnels sur les risques et plans d'actions spécifiques. La sensibilisation des professionnels et des usagers est également réalisée lors de la semaine nationale de la sécurité du patient avec notamment une chambre des erreurs, un pilulier des erreurs, des ateliers pratiques....

Des réunions spécifiques ont lieu tous les 15 jours avec l'HAD afin de s'assurer du suivi des anomalies constatées.

L'encadrement des différents secteurs s'assurent de la conformité des pratiques dans les différents secteurs. Les professionnels signalent les événements indésirables (EI) en lien avec le circuit du médicament sur le logiciel dédié (63 en 2017, 56 en 2018) et des analyses des causes profondes (REMED) sont réalisées en y associant les professionnels des secteurs (7 REMED en 2017, 29 en 2018).

Il existe également un système de déclarations de non-conformité spécifique sur l'URC.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux de la PUI sont au rez-de-chaussée et 1er étage du site de Saint Louis, ils sont sécurisés. Il existe des espaces et des règles de stockage des médicaments (oraux, injectables, antibiotiques...), des

solutés, des dispositifs médicaux et des stupéfiants.

La pharmacie est ouverte de 8h à 18h en semaine. Une astreinte pharmaceutique est en place en dehors d'heures ouvrables pour les 2 sites. Il existe une zone dédiée à la rétrocession sur la PUI de Saint Louis. Une antenne de la PUI est identifiée sur le site de Saint Martin de Ré (SSR et EHPAD), également sécurisée.

L'URC est au 1er étage entre l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine d'oncologie. Les locaux sont exigus mais obéissent à la réglementation sur ce secteur.

Des formations sont réalisées pour les IDE par la RSMQPECM avec un power point spécifique sur la sensibilisation aux erreurs médicamenteuses (40 IDE formées en 2017, 36 en 2018). Les nouveaux arrivants sont également sensibilisés aux erreurs médicamenteuses.

Les professionnels connaissent les procédures en lien avec le SMQPECM qui sont sur la base documentaire, ou sur le logiciel de prescription- administration, les protocoles en lien avec l'utilisation des stupéfiants, la gestion du traitement personnel....

Les postes informatiques pour la prescription et l'administration médicamenteuse sont en nombre adaptés à l'activité, avec des batteries de secours en cas de panne.

Les unités de soins possèdent des chariots de stockage et de distribution des médicaments pour la dispensation médicamenteuse.

Des coffres spécifiques pour les stupéfiants sont également disponibles dans les unités de soins, ainsi que des réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments thermosensibles et des chariots d'urgences (médicaments, matériel de réanimation, obus à oxygène...). En HAD, les professionnels utilisent des valisettes scellées pour le transport des stupéfiants.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par les médecins sur le support dédié informatique (logiciel de prescription-administration), qui est distinct du DPI. Ils ne sont pas interfacés. Des supports papiers de prescription-administration persistent dans 4 services (réanimation, hôpital de jour, de semaine et secteur des consultations et en HAD).

Il existe un logiciel spécifique pour les urgences, permettant également les prescriptions médicamenteuses. Les prescripteurs prennent en compte le traitement antérieur du patient.

Les prescripteurs ont à disposition des liens d'aide à la prescription. Les ordonnances de sortie sont réalisées dans le DPI, distinct du logiciel de prescription. Les ordonnances ainsi générées sont imprimées et remises au patient le jour de sa sortie, et intégrées dans la lettre de liaison.

Cependant, la continuité du traitement médicamenteux n'est pas toujours assurée dans certains services. Des modifications de traitement sans ordonnance sont faites en UCA (notification orale au patient). Si un patient sort du service de réanimation polyvalente les prescriptions médicamenteuses sont sur support papier (service non informatisé) obligeant l'IDE du service qui accueille le patient à la traçabilité sur support papier en service jusqu'à régularisation de la prescription sur le logiciel de prescription administration par le médecin du service ou l'interne de garde. Si la prescription médicamenteuse dans le logiciel des urgences est faite pour plus de 24 heures (si passage en UHCD par exemple) et que le patient est transféré en service, la prescription médicamenteuse n'est pas visualisable dans le logiciel de prescription administration institutionnel, obligeant à l'impression de la prescription des urgences et la traçabilité de l'administration sur support papier jusqu'à régularisation par le médecin du service.

La dispensation médicamenteuse est réalisée sous la responsabilité des pharmaciens.

L'analyse pharmaceutique est réalisée :

- en niveau 1 pour tous les séjours,
- en niveau 2 pour les populations à risque (médecine interne, chirurgie, gériatrie SSR et HAD) et pour les services en dispensation individuelle nominative
- en niveau 3 avec un système tournant tous les 4 mois par service depuis 2 ans et demi.

La conciliation médicamenteuse d'entrée est en place en cardiologie, en UHCD et en chirurgie orthopédique.

La dispensation des médicaments est organisée en sous forme nominative en gériatrie, EHPAD, oncologie, médecine polyvalente d'urgence, diabétologie et endocrinologie (via les préparateurs référents de chaque service). Pour les autres services, la dispensation est globalisée.

Il existe également une dotation globale hebdomadaire pour les solutés massifs et les DM et DMS selon une liste préétablie.

La traçabilité des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux implantable est opérationnelle.

Ce sont les IDE du service qui sont en charge de l'entretien des chariots de distribution des médicaments ainsi que de la gestion des périmés, de la dotation d'urgence et de la surveillance des températures des réfrigérateurs et de la vérification du chariot d'urgence. La traçabilité des différents actes en lien avec la dispensation est assurée sur un support approprié. Le transport des chariots de médicaments est réalisé par les préparateurs en pharmacie. Les conditions de transport des médicaments réfrigérés respectent la procédure en vigueur, il en est de même pour le transport des stupéfiants.

Il a été observé lors de la visite de l'URC le respect des bonnes pratiques de préparations des cytotoxiques notamment avec des vérifications à toutes les étapes de la reconstitution chimiothérapies

via un logiciel dédié.

Cependant, les bonnes pratiques de rangement et de stockage ne sont pas respectées dans certains services. Il a été observé lors des visites terrains :

- que l'armoire de stockage des médicaments était ouverte (alors qu'elle avait un système permettant la fermeture à clef) et la porte de cette salle était ouverte en réanimation polyvalente (il était alors possible qu'une personne étrangère au service ait accès à ces médicaments)
- que le tiroir du chariot d'hémorragie de la délivrance contenant des médicaments n'était pas sécurisé dans le couloir de la salle de naissance
- des obus à oxygène non sécurisés stockés en SSPI, bloc opératoire, urgence, médecine polyvalente post urgence.
- un défaut de traçabilité de la surveillance de la température des réfrigérateurs de stockage des médicaments thermosensibles en salle de naissance.

De plus, les bonnes pratiques de préparation ne sont pas toujours respectées.

Il a été constaté un non-respect des règles d'administration des médicaments per os avec

- des piluliers préparés de manière hétérogènes selon les services, en général par l'IDE de nuit, pour 24 heures dans certains services, comme le prévoit la procédure, mais pour 48 heures dans d'autres services comme en USINV.
- des médicaments sortis des piluliers et rangés dans des pots à urine identifiés au numéro de chambre (l'IDE a précisé que c'était afin de faciliter leur administration avant le tour en chirurgie viscérale)
- par ailleurs les piluliers sont identifiés au numéro de la chambre, et parfois l'identité du patient est retrouvée à l'intérieur du pilulier mais pas toujours (en chirurgie viscérale).

En lien avec l'absence de procédure d'identification des injectables, il a été observé dans l'ensemble des services que les étiquetages de ces médicaments (seringues injectables, SE destinées à l'administration au PSE, perfusion pour solutés) comprenaient le nom en DCI du médicament, la dose en mg, l'heure d'administration, mais aucune donnée d'identification du patient (parfois le numéro de la chambre), on ne retrouvait pas non plus l'identification de l'IDE qui a préparé ces injectables. Cette pratique peut constituer un risque pour le patient, il a été observé durant les visites terrains des injectables préparés avant le tour d'administration des médicaments rangés dans le bac dédié identifié au numéro de chambre et débordant (poche de nutrition parentérale), pouvant ainsi basculer dans le bac destiné à un autre patient.

Par ailleurs, en l'absence de liste de médicament à risque, les professionnels ne la connaissaient pas, mais étaient bien conscient des risques liés à l'utilisation des médicaments, comme cela a pu notamment être constaté lors des investigations terrains en néonatalogie ou en gériatrie.

Enfin, la traçabilité de l'administration ne respecte pas toujours la réglementation et l'organisation prévue en HAD et en suites de couches. En HAD, la prise médicamenteuse est globale et non par médicament et la non prise n'est pas tracée. Un logiciel spécifique de prescription administration est en cours d'acquisition par l'établissement. L'administration n'est pas toujours réalisée en temps réel en suite de couche, comme cela a été observé lors des investigations terrains et lors de la précédente visite de certification.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La RSMQPECM et les pilotes du processus suivent les données issues du CAQES et des IQSS. D'autres évaluations sont également réalisées : suivi des consommations d'antibiotiques, utilisation des IPP, audits flashes dans les unités de soins (sécurisation du stockage des médicaments, concordance de la prescription médicamenteuse et des médicaments présents dans le pilulier), la prescription médicamenteuse en gériatrie et en psychiatrie....

Des analyses des causes profondes des EI sont faites avec les unités de soins.

Un tableau de bord centralise les évaluations et permet de suivre leur évolution.

L'URC est engagée dans la certification ISO 9001 depuis 8 ans.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les risques identifiés. Le suivi est assuré par les pilotes et le COMEDIMS.

En HAD, le suivi des non conformités est assuré en réunions HAD pharmacie tous les 15 jours. Un référentiel circuit du médicament en HAD décrit le processus et l'achat d'un logiciel spécifique est

budgétisé pour le plan d'exercice 2019 (cahier des charges réalisé).  
La permanence pharmaceutique sur le site de Saint Martin de Ré a été organisée et formalisée.  
Pour les services en prescription non informatisé, un support unique de prescription administration est en place. Des audits annuels sur les armoires à pharmacie sont réalisés permettant la vérification de l'entretien, de la gestion des périmés et la réévaluation de la dotation.  
Par ailleurs, en lien avec les orientations nationales l'établissement développe la pharmacie clinique afin d'améliorer la pris en charge médicamenteuse des patients dans l'établissement et lors de sa sortie.  
Le suivi des actions contractualisées dans le CAQES est assuré annuellement par les pilotes du processus.  
La communication est assurée en interne lors des bilans annuels présentés aux instances.

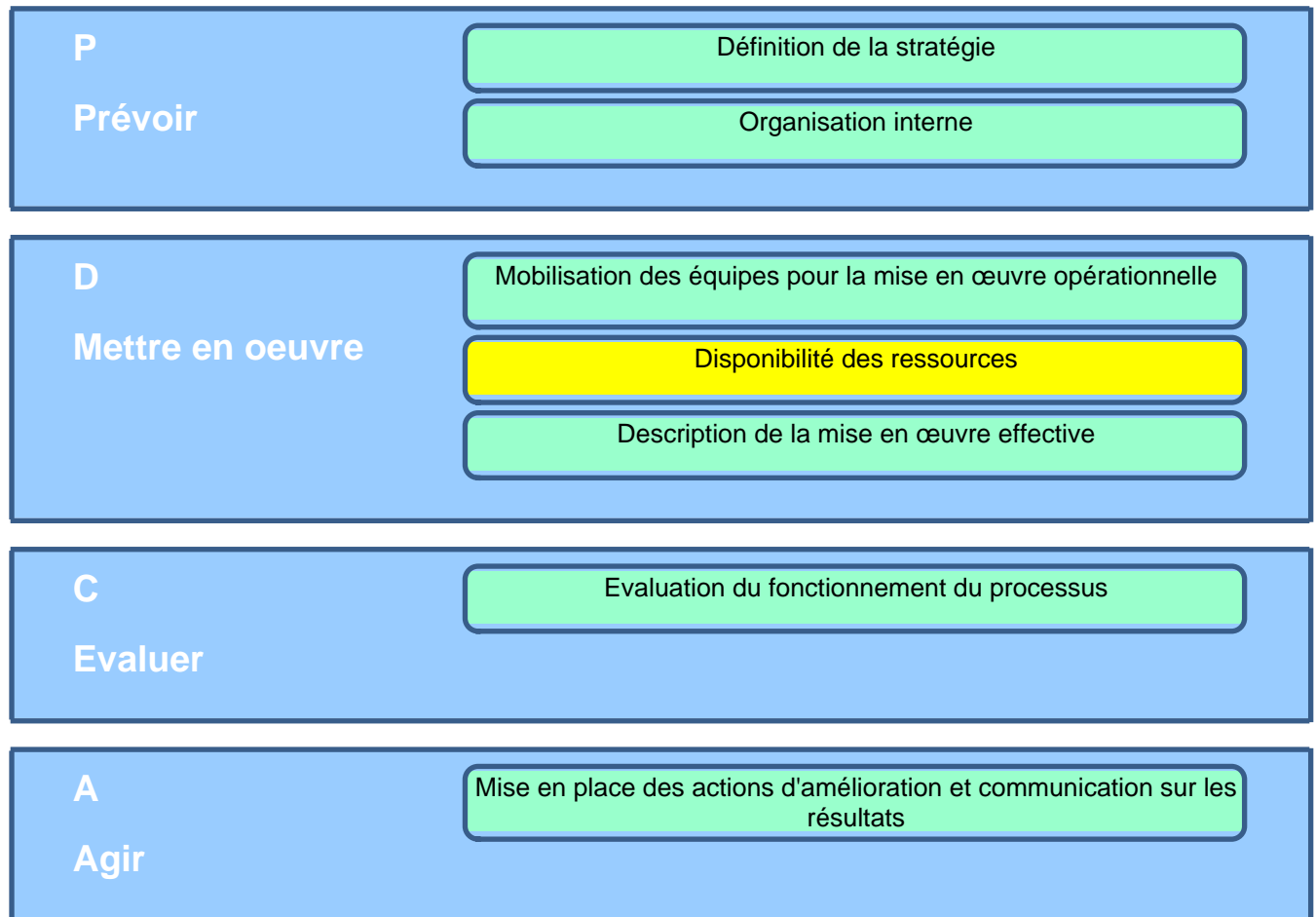
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La prise en charge des urgences et soins non programmés s'inscrit dans le projet d'établissement établi en 2013 et prolongé jusqu'en 2019 avec un axe "Adapter l'offre de soins aux besoins de santé", et plus particulièrement une priorité sur la filière urgences et gériatrie.

L'analyse des risques a été organisée sous l'égide de la direction qualité (DURQ) afin de déterminer les risques liés à la prise en charge en urgence. Cette analyse de risque prend en compte les écarts identifiés lors de la dernière visite de certification, les éléments recueillis lors des déclarations des événements indésirables, des analyses de risques a priori selon une concertation multi-professionnelle. L'ensemble des types d'urgences prises en charge sont prises en compte (adultes, psychiatrie, psychiatrie infanto-juvénile, pédiatrie et gynéco-obstétrique).

Les risques ont été hiérarchisés selon la méthode établie pour l'établissement. L'ensemble des risques ont été versés au compte qualité. Seize risques ont été identifiés dont cinq maîtrisés.

Les risques spécifiques liés à la prise en charge des patients aux urgences sont déclinés dans le programme d'action qualité sécurité des soins 2019-2020, dans l'axe 1 "Organiser le parcours du patient" dans l'item "Amélioration de la prise en charge des urgences et des soins non programmés" :

- interprétation des radiologies des patients externes par un radiologue,
- réflexion sur la création d'un centre d'accueil et de crise pour mineurs,
- plan de communication sur temps d'attente, circuit des prises en charge et identification des professionnels,
- des actions ciblées afin d'améliorer la coordination des différents services d'activité : DLU, check-list au départ du patient, lien avec MS Santé...
- réaliser une enquête de satisfaction auprès de patients,
- projet de convergence des outils informatiques.

Ces actions prennent en compte les recommandations de diverses inspections (ARS, ORU, assureur) demandant de rédiger les procédures et les circuits de prise en charge, d'améliorer les conditions de confidentialité, et de valoriser les activités.

Néanmoins, l'identification des risques n'est pas exhaustive. Pour le secteur de pédiatrie, un risque a été identifié en cours de la visite et signalé par les professionnels concernés sur les ressources médicales et non médicales à disposition la nuit, pour la prise en charge en urgence des enfants au niveau du secteur de pédiatrie. Ce risque n'a pas été retrouvé dans le compte qualité ou le PAQSS de l'établissement.

Au niveau du GHT, une organisation en fédération médicale inter hospitalière permet une mutualisation des ressources médicales entre le groupe hospitalier de La Rochelle Ré Aunis et le centre hospitalier de Rochefort, avec des médecins en temps partagé sur les deux sites d'urgence.

**ORGANISATION INTERNE**

L'activité est de 50 000 passages par an. Elle comporte notamment une filière plateau technique cardio vasculaire, des urgences neuro-vasculaires avec thrombolyse (les thrombectomies sont transférées sur le CHU de Poitiers), un plateau technique de polytraumatisme de niveau 2, une filière psychiatrique avec un médecin psychiatre et une IDE.

Une charte de fonctionnement a été rédigée très complète décrivant les organisations, les responsabilités, les fonctionnements en prenant en compte l'encadrement médical et non médical, les situations d'afflux massifs, le fonctionnement des salles de déchoquage, la gestion des matériels et le fonctionnement de l'UHCD et du SAMU-SMUR.

Les pilotes ont été identifiés pour la thématique Urgences et Soins non programmés. Ce sont la cadre supérieure des urgences, un cadre supérieur de psychiatrie et le chef de service des Urgences SAMU SMUR.

Leurs missions sont définies dans une fiche de poste générique. L'organigramme est défini.

Les organisations sont en place afin de répondre aux variations d'activité notamment sur la saison estivale avec l'ouverture de consultations non programmées sur le site de Saint Martin de Ré.

Les procédures permettant d'orienter les patients et identifier les degrés d'urgence sont formalisés avec entre autre une procédure d'accueil aux urgences, une grille d'évaluation par l'IDE d'accueil et d'orientation type CIMU. Des chemins cliniques et les modalités de prises en charge spécifiques sont

définis. Les documents sont disponibles dans la gestion documentaire de l'établissement.

L'établissement s'est pourvu d'une organisation en cas de tension d'activité des urgences avec des degrés selon le niveau "Hôpital en tension".

Un projet de réorganisation est planifié pour 2020. Les pilotes sont intégrés dans la réflexion. Des groupes de travail pluri-professionnels ont été mis en place.

Actuellement le service adultes dispose d'un circuit patients "coucher" et patients "debout" avec 12 boxes dont un dédié à la prise en charge psychiatrique, 6 salles de déchoquage, un secteur de traumatologie, deux cellules pour la maison d'arrêt de Saint Martin en Ré. L'UHCD dispose de 15 lits et est dans la continuité du service des urgences, ainsi qu'une maison médicale.

La prise en charge pédiatrie est effectuée au niveau du service de consultations non programmées près du service de pédiatrie (3ème étage) sauf la pédiatrie chirurgicale ou avec risque vital qui est prise en charge au niveau du secteur adulte.

L'organisation prévoit les avis de spécialité grâce aux internes de spécialités et aux séniors de garde sur place.

Une organisation spécifique est mise en place pour les patients âgés de plus de 75 ans, avec le recours à un médecin gériatre ou à l'équipe mobile de gériatrie, et une procédure spécifique d'orientation des patients identifiés fragiles.

Les urgences gynéco-obstétriques sont orientées dès le parking vers le service de gynéco obstétrique (3ème étage) avec un fléchage et un ascenseur réservé.

Pour la saison d'été, une consultation de soins non programmés est possible sur le site de Saint Martin en Ré à horaires définis pour les mois de juillet et août. Il est composé de 1 médecin et 1 IDE qui disposent d'un accueil et salle d'attente dédiés, deux bureaux médicaux et d'une salle de soins.

La promotion des déclarations de événements indésirables est organisée ainsi que l'analyse réalisée par les pilotes et/ou l'encadrement.

Un plan de formation spécifique est proposé aux professionnels prenant en compte leurs spécificités (formations à l'arrêt cardiaque, formation à l'accueil et à l'orientation...).

Le dossier patient est informatisé pour la prise en charge des adultes, papier en pédiatrie et en gynéco-obstétrique.

Les organisations sont en place afin de disposer rapidement de la biologie et de l'imagerie.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les équipes sont mobilisées grâce à une communication mensuelle au sein des urgences adultes par les "cafés débrief" et également, comme pour les autres secteurs, par des réunions de service.

La déclaration des événements indésirables est effective et font l'objet de retour lors des "cafés débrief", ou lors de staffs pour les secteurs de pédiatrie et gynéco-obstétrique.

Des CREX sont en place pour les signalements d'événements indésirables les plus graves.

Les différents secteurs suivent des indicateurs notamment d'activité et de temps d'attente et sont communiqués aux professionnels.

Les professionnels connaissent les plans d'action mis en place sur leur secteur et notamment sur le projet de réorganisation des urgences.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires sont suffisants et en place sur les secteurs adultes :

- des urgentistes dédiés aux secteur d'urgence ou SAMU-SMUR,
- des internes de spécialité et de médecine générale,
- un psychiatre sur place en semaine ou d'astreinte sur les nuits et week-end, ainsi qu'un interne de psychiatrie,
- un pédo-psychiatre sur demande,
- des IDE ayant toute la formation accueil et orientation....

Les avis de spécialité séniorisés ou par des internes sont possibles grâce aux gardes de cardiologue, de réanimation, de chirurgie (ORL, orthopédie, viscéral, vasculaire, urologie, maxillo-faciale, ophtalmologie...).

Les effectifs pour les urgences gynéco obstétriques sont communs avec un secteur obstétrique et un secteur gynécologie. Le pédiatre est sur place permettant la prise en charge des bébés lors d'accouchement ou de césarienne.

En pédiatrie, les effectifs sont définis pour l'accueil des enfants au seuil du service de pédiatrie, avec un effectif dédié en journée.

Les locaux sont propres et bien entretenus. Le circuit de prise en charge au sein des urgences adultes est complexe avec des retours en arrière possibles. C'est un point central mis en avant pour la rénovation des locaux.

Les ressources sont disponibles pour la biologie et l'imagerie avec des flux permettant d'avoir les éléments en temps utile.

Les professionnels bénéficient de formations (IAO, gestes d'urgence, sophrologie...). Tous les IDE ont eu une formation à l'accueil et à l'orientation des patients. Les nouveaux arrivants et nouveaux internes sont formés ou tutorés lors de leur arrivée. De nombreuses formations et un tutorat est proposé aux internes.

Les équipements sont récents et disponibles avec un suivi par le biomédical.

Les professionnels ont tous accès à la gestion documentaire relative à la prise en charge des urgences et soins non programmés.

Cependant, le secteur de consultation non programmées en pédiatrie médicale assure l'accueil d'enfant sur des heures non pourvues en professionnels. L'organisation mise en place assure l'accueil des enfants en consultation non programmée sur des horaires de 8h20 à 23h15 par deux IDE dédiées, une IDE du matin et une IDE de soir. En dehors de ces horaires, la prise en charge est effectuée par les IDE du secteur d'hospitalisation. Ainsi une seule IDE est disponible pour les 28 lits de pédiatrie et la chambre stérile. L'activité est en moyenne de 150 passages par mois sur ce créneau horaire (62 passages entre le 1er et le 11 octobre 2019). La prise en charge médicale est assurée par l'interne et le sénior de garde, gérant les lits d'hospitalisation en pédiatrie, en néonatalogie, aux urgences adultes en cas de risque vital pour un enfant, l'obstétrique et les urgences pédiatriques. De plus, les IDE assurant l'accueil n'ont pas eu de formation à l'accueil et à l'orientation, et elles ne disposent pas d'outil d'évaluation de la gravité type grille CIMU.

De plus, les clichés d'imagerie standard ne sont pas interprétés. Les clichés d'imagerie du type scanner ou IRM font l'objet de compte rendu. L'ensemble de la radiologie standard n'est pas interprétée, pour les urgences, et sans lecture à distance. Ce risque a été identifié dans le compte qualité et persiste depuis la visite précédente en 2015. Un projet de télé-diagnostic à distance des images est en cours de contractualisation, permettant de répondre aux attendus.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est informatisé pour les adultes (somatiques et psychiatriques). L'outil de prescription est interfacé avec celui du dossier patient informatisé. Pour les autres types de prise en charge et pour l'hospitalisation en UHCD, un support papier est édité à partir du logiciel des urgences afin de faire le lien avec le service d'aval.

L'ensemble des mouvements du patient au sein de l'établissement et plus spécifiquement des urgences est accessible sur le DPI de l'établissement.

Les procédures en cours sont connues des professionnels ainsi que la recherche sur le système de gestion documentaire.

Les patients sont accueillis au niveau du service des urgences adultes par une IAO formé. La gravité est établie et tracée grâce à une grille CIMU.

Les urgences relevant de la gynéco-obstétrique son orientées vers le service.

Pour la pédiatrie, les enfants et parents sont orientés soit vers les urgences adultes pour les prises en charge chirurgicales ou nécessitant une surveillance intensive. Dans le cas contraire, ils sont orientés vers le service de consultations non programmées du service de pédiatrie, situé au 3ème étage du bâtiment mais dans une autre aile. L'accès est complexe mais fléché. La même organisation est en place la nuit.

L'accès au niveau du service de pédiatrie est insuffisamment sécurisé, tel que cela a été identifié par les pilotes, du fait de la connaissance de nombreux parents des modalités d'accès direct sans obligatoirement passer par les urgences adultes. Ce risque est connu par l'établissement et des travaux (porte électronique) sont prévus en 2020. Les règles d'identitovigilance sont respectées et connues des professionnels. L'enregistrement du patient peut être effectué par un professionnel de santé sur la nuit (exemple en gynéco obstétrique ou pédiatrie).

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

les urgences adultes ont mis en place de nombreux indicateurs :

- le délai de prise en charge entre IAO et médecin
- la durée moyenne du passage
- l'évaluation par les questionnaires de sortie

En pédiatrie les indicateurs suivis sont :

- l'activité jour / nuit
- la charge en soins des IDE

En gynéco obstétrique :

- délai de prise en charge

Le laboratoire de biologie assure un suivi trimestriel des non conformités bloquantes avec une ventilation par type d'urgences.



Des EPP sont en place : avec des CREX sur l'ensemble des types de prise en charges en urgences. L'analyse des durées moyennes des passages aux urgences est valorisée sous la forme d'une EPP.  
Le suivi des signalements des événements indésirables est effectif sur tous les secteurs avec des tableaux de bord fournis par le DURQ.  
Une évaluation sur les attentes du service des urgences adultes par questionnaire de satisfaction a été réalisé en 2015 (185 questionnaires). Il est renouvelé en 2019, après la visite de certification. Les résultats des questionnaires sont intégrés comme actions d'amélioration dans le PAQ du service.  
Le nombre de déclenchement du processus "HET" est suivi au niveau du service des urgences et au niveau de la direction générale.

## **A / AGIR**

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

La communication au sein du service adulte se fait essentiellement par les "café debrief" permettant une réunion directe entre tous les professionnels présents et l'encadrement. C'est l'occasion de faire un retour sur les signalements d'événements indésirables du service ou ceux où le service est impliqué.  
Également sur tous les secteurs, les réunions de services au niveau médical et non médical permettent la présentation des indicateurs, des CREX ou RMM.  
Sont également en place les staffs médicaux et médicaux soignants, au sein des secteurs et au niveau polaire.  
Les indicateurs d'activité et de satisfaction font l'objet d'affichage dans les locaux communs (salles de soins).

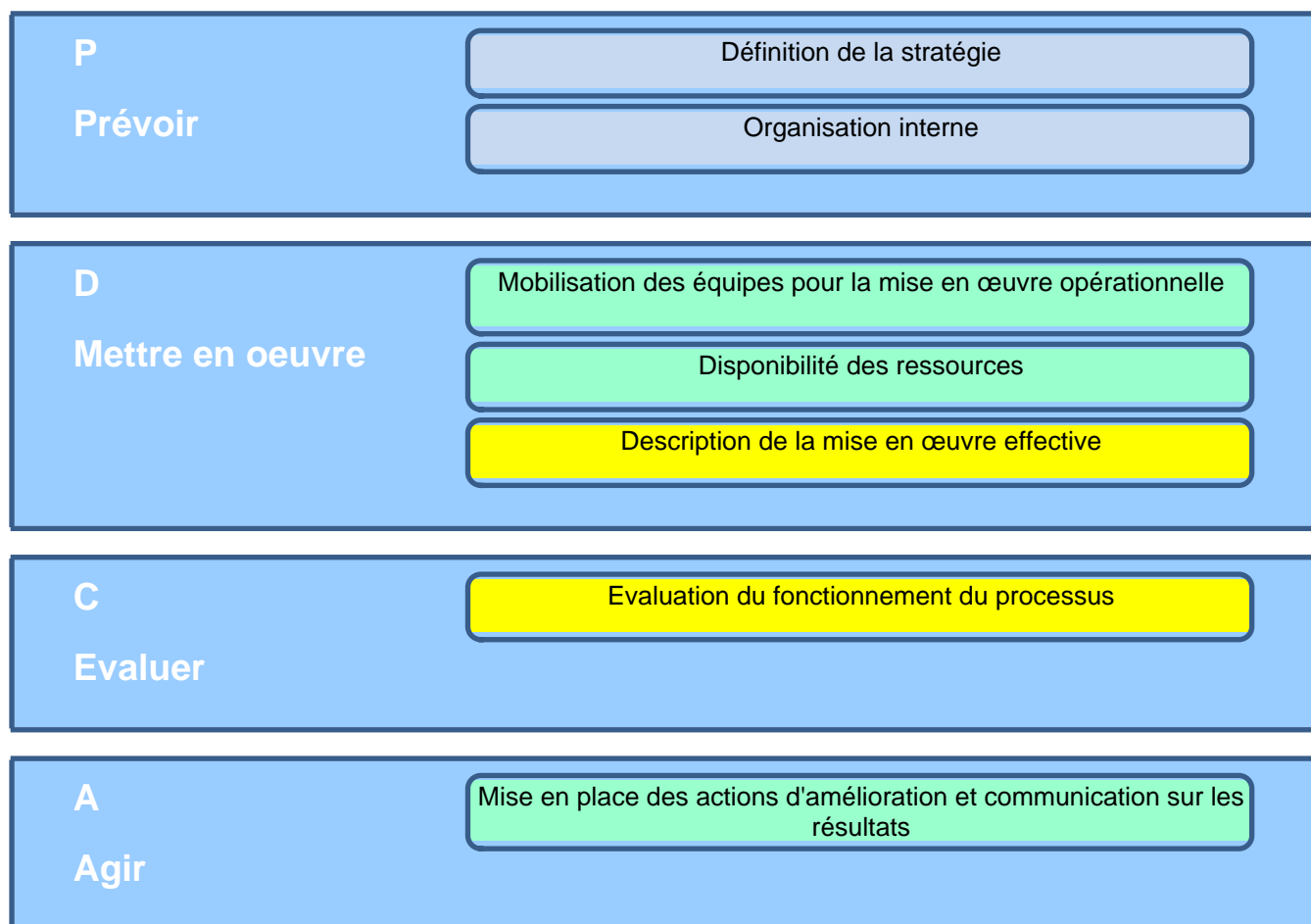
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (LRRA) dispose d'un secteur opératoire unique de 11 salles d'intervention et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 15 postes. L'Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire (UCA) de 30 places est contiguë et reliée au bloc opératoire et à la SSPI pour faciliter la coordination entre les praticiens et les professionnels.

Le GH LRRA a défini une stratégie et une politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire articulée avec celle de l'UCA. Elle a été intégrée dans le Projet d'Établissement 2013-2017 prorogé 2019. Y figure également un axe stratégique concernant la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire et la réorganisation globale du bloc.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé les risques (au nombre de 11) au niveau du bloc opératoire et de la SSPI en s'appuyant sur une analyse ANAP, les suites de la visite de 2016, les déclarations d'événements indésirables et les évaluations d'activités et audits passés pour les risques a posteriori, et à partir de données parfaitement identifiées (conformité à la réglementation, rapports d'inspection, recommandations de bonne pratique), pour les risques a priori. Ceci a permis la mobilisation de tous les professionnels et intervenants impliqués.

Les risques ont ensuite été priorisés par criticité et intégrés dans le compte qualité faisant office de Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel.

Le suivi de cette politique est assuré par l'intermédiaire du compte qualité dans sa partie plan d'actions d'amélioration validé par les instances dont principalement le Conseil de bloc. Ce programme d'actions prévoit des audits, des formations, des mises à jour de la documentation et des indicateurs. Les thèmes et actions de travail comprennent les échéances, le ou les pilotes désignés, un échéancier et les modalités de suivi des réalisations. Il a été largement diffusé auprès des professionnels concernés qui sont partie prenante dans sa réalisation.

Les différentes activités opératoires sont bien identifiées avec un pilotage institutionnel commun, sauf pour la salle interventionnelle de césarienne qui se trouve au sein de la maternité. Les 11 salles interventionnelles sont situées au même niveau au sein du bloc commun avec une SSPI de 15 places qui assure également la surveillance post endoscopique. Situé deux étages plus bas, la salle interventionnelle dans le service de la maternité est utilisée pour les césariennes programmées ou urgentes (dont code rouge).

Les chirurgies orthopédique, viscérale, urologie, vasculaire et thoracique, ORL, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie sont les principales activités pratiquées au sein du bloc central. On y pratique également la sismothérapie.

Les salles sont qualifiées en aseptique et hyper aseptique (Iso 7 et 5) pour l'orthopédie et le vasculaire et régulièrement entretenues et requalifiées. Situé deux étages plus bas, la salle interventionnelle dans le service de la maternité est utilisée en cas de déclenchement du code rouge (césarienne en extrême urgence). Une équipe médicale dédiée est de garde H24 sur place les personnels étant d'astreinte.

Il existe une stratégie commune et des objectifs élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte, des missions et de l'analyse propre à l'établissement. Les données utilisées pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques répondent à une méthodologie institutionnelle de management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation interne est définie pour piloter le processus de prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire avec identification des rôles et responsabilités dans une fiche thématique.

Depuis novembre 2017, le pilotage de ce processus est confié à 6 professionnels (un chirurgien orthopédiste Président du Conseil de bloc, la Cadre supérieure du pôle, la cadre de santé Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État (IBODE), la Cadre supérieure Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État (IADE) directrice des soins et le directeur du site de Saint Louis).

Dans cette mission, les pilotes travaillent en lien étroit avec le Conseil de bloc (dit CoPIL Blocs) et le Groupe de travail "Gestion des risques au bloc et en endoscopie" ainsi qu'avec l'équipe Qualité de l'établissement.

L'organisation du bloc opératoire permet d'identifier les secteurs impliqués (bloc, endoscopie, césarienne, urgences et SSPI). Les différents circuits sont également identifiés (patients couchés-debout,

professionnels, matériel, déchets et stérilisation) en évitant les croisements inadaptés.

Les rôles et responsabilités de tous les professionnels travaillant au sein du bloc opératoire sont définis et formalisés dans les fiches de poste. Le Conseil de bloc est en place et opérationnel. Il se réunit mensuellement en organisation restreinte ou plénière et les réunions font l'objet d'un compte-rendu diffusé aux professionnels. Il comprend un éventail pluri-professionnel idoine en fonction des thématiques abordées.

Une Charte de fonctionnement du bloc réévaluée en 2019, précise l'organisation et les différents circuits conformément à la réglementation, aux recommandations professionnelles et aux spécificités des différentes prises en charge chirurgicales. Ce document s'articule autour de la coordination des soins, de la prise en charge des besoins spécifiques du patient et de sa sécurité au bloc opératoire dans le respect de ses droits. Ils s'inscrivent dans la démarche globale qualité/sécurité du patient mise en œuvre dans l'établissement en articulation avec le PAQSS. Ils sont validés par les instances (Commission Médicale d'Établissement/CME et Conseil de bloc) et diffusés auprès de tous les professionnels concernés.

La régulation des activités du bloc opératoire est assurée toutes les semaines par une cellule de régulation comprenant les cadres IBODE, IADE et de l'UCA, par un chirurgien et un médecin anesthésiste-réanimateur en qualité de coordinateurs médicaux et un représentant de la Stérilisation.

Cette réunion du jeudi permet de valider les programmes opératoires prévisionnels en vue d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient en tenant compte des capacités d'accueil et de rotation de l'UCA et des impératifs (durée, matériels, effectifs, etc.) liés aux types d'intervention.

Le programme opératoire ainsi validé est disponible sur un logiciel spécifique disponible dans le bloc et pour l'ensemble des professionnels et secteurs concernés. Un ajustement éventuel du programme est réalisé la veille des interventions.

Cette cellule de régulation intervient également pour la programmation des urgences et si besoin des litiges.

Les ressources humaines permettent de couvrir les besoins par spécialité, et compétences tant au bloc opératoire qu'en SSPI. Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires afin de prendre en compte et de développer les compétences des professionnels en vue de les intégrer dans le programme de formation institutionnel.

L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire est décliné dans des procédures et modes opératoires, fiches de traçabilité conformément au dispositif institutionnel et informatisé dans la gestion documentaire. Le menu d'accueil du portail de gestion documentaire alerte les professionnels pour toute nouveauté concernant la gestion documentaire interne et la vie de l'établissement. Les besoins en supports d'information à destination des patients sont identifiés et les documents sont élaborés, validés et actualisés avec les professionnels concernés.

L'architecture et la configuration des locaux du bloc, de la SSPI et du secteur ambulatoire du bloc opératoire de conception récente tiennent compte des besoins, des risques, de la réglementation et des évolutions et recommandations actuelles.

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles contribuent au bon fonctionnement du processus.

L'ensemble de ces ressources permet d'assurer le bon fonctionnement des blocs, de la SSPI et de l'UCA ainsi que la continuité des soins 24h/24 et 7j/7 et la prise en charge des urgences et des césariennes dans des salles dédiées (2 médecins anesthésistes sur place ; personnels paramédicaux en astreinte).

Une démarche globale de maîtrise du risque infectieux (qualité de l'eau, de l'air, hygiène des locaux, etc.) est définie avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Toutes les conduites à tenir pour faire face à une rupture du système (électrique, fluides médicaux, informatique, etc.) sont définies en liaison avec les services techniques. La maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux est organisée en lien avec le service biomédical. La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles au bon fonctionnement du processus sont organisées. La gestion des interfaces est opérationnelle entre le bloc opératoire, les acteurs du management de la qualité et des risques, les services administratifs, les services cliniques, la pharmacie, la stérilisation, la radiologie, les laboratoires, le service biomédical et les secteurs d'activités techniques et logistiques. Elle permet l'articulation des missions et des compétences, l'échange d'information, la coordination entre les différents secteurs et professionnels ainsi que la recherche de la satisfaction des partenaires du bloc opératoire, de la chirurgie ambulatoire et de la SSPI.

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

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, les pilotes du processus Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire organisent, en lien avec le CoPIL bloc, la déclinaison de la démarche institutionnelle et des grandes orientations du secteur en objectifs et plans d'actions opérationnels. L'encadrement assure une communication active et régulière facilitée par la taille du secteur auprès des équipes et des praticiens. Cette communication favorise la sensibilisation et l'implication de tous les professionnels concernés dans la mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration pour atteindre les objectifs fixés ainsi que leur participation aux différents groupes de travail dont principalement le Groupe de travail "Gestion des risques au bloc opératoire". La gestion et l'analyse par les professionnels des dysfonctionnements et des événements indésirables est assurée mais sans retour d'expérience de type CREX "Bloc opératoire". Les différents secteurs chirurgicaux n'ont pas mis en place des RMM spécifiques en lien avec l'équipe d'anesthésie qui seule maintient cette activité. Le management du bloc opératoire s'assure que les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue vestimentaire, absence de bijoux, respect du patient, etc.).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs médicaux et paramédicaux présents sur le bloc opératoire, la SSPI et l'UCA sont adéquats et concordants avec le planning opératoire défini. Les ressources humaines permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient dans la journée. Le cas échéant, un ajustement du programme opératoire est nécessaire afin de pallier une indisponibilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

La permanence des soins est assurée la nuit, le week-end et les jours fériés par 2 médecins anesthésiste-réanimateur de garde sur place ainsi que deux IADE (maternité & Bloc), et en astreinte pour les chirurgiens et l'IBODE.

Le personnel non médical du bloc opératoire se compose d'IDE de bloc diplômée, d'IDE formés pour travailler au bloc pour lesquels une validation des acquis est organisée, des IDE formés pour travailler en SSPI et des Infirmiers anesthésistes diplômés. Le maintien des compétences est assuré et la formation des professionnels tient compte des besoins de l'activité. Les professionnels bénéficient de formations ciblées telle que récemment celle concernant la gestion des armoires de secours des fluides médicaux au bloc opératoire, ou institutionnelle (incendie, gestion de l'urgence, identitovigilance, formation réglementaire à la protection des professionnels et des patients vis à vis des rayonnements ionisants) et ils peuvent participer à des congrès.

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés selon une procédure spécifique (tutorat avec une période d'accompagnement).

Cependant, les chirurgiens ne participent pas aux formations réglementaires à la protection des professionnels et des patients vis à vis des rayonnements ionisants.

La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels à partir des nombreux ordinateurs présents. Les procédures (vérifications des salles à l'ouverture, transport des patients, bio-nettoyage, réalisation de la check-list, etc.) sont déclinées au regard des spécificités de l'activité, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène. Elles sont rédigées et actualisées avec la participation des professionnels. Les professionnels disposent également de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (dossier médical, dossier d'anesthésie, prescriptions, résultats d'examens biologiques ou d'imagerie, fiche de liaison avec les services d'hospitalisation, etc.). Il en est de même du programme opératoire et des plannings organisant le fonctionnement des activités.

Les 11 salles d'intervention du bloc opératoires sont organisées de façon fonctionnelle : 2 salles ISO, 5 réservées à l'activité d'orthopédie et vasculaire, 9 salles ISO 7 dont 1 spécifiquement dédiées aux endoscopies. La configuration des salles d'interventions permet d'assurer un contrôle en continu de la qualité de l'air, de la température, de la surpression et de l'hygrométrie. Les contrôles particuliers annuels confirment l'adéquation de la qualification des salles avec la chirurgie.

Le nombre de postes mis à disposition en SSPI (15) répond au besoin du bloc opératoire et permet une séparation effective entre les différentes activités réalisées : chirurgie classique, et pédiatrique.

Les locaux très récents de l'UCA permettent le respect des circuits des matériels, des déchets et un accueil personnalisé des patients. Au bloc opératoire, les locaux y compris les zones de stockage, sont adaptés en termes d'espace et de fonctionnalité pour respecter au mieux les circuits (professionnels, patients, matériels, linge, déchets). Ils sont opérationnels, contrôlés et permettent un bio-nettoyage et un

entretien adaptés.

Les équipements prévus sont en place. Les opérations de maintenance (préventives et curatives) sont assurées par l'équipe biomédicale en liaison avec les cadres du bloc, ses interventions sont tracées. Les équipements et matériels en panne sont remplacés y compris en urgence. La disponibilité du matériel d'urgence en SSPI est effective.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins ou dérivés du sang) permet de répondre aux besoins et à l'activité (activités programmées ou en urgence, populations particulières de patients).

Le traitement des dispositifs médicaux après intervention bénéficie d'une prise en charge adaptée avec un circuit de transfert vers la stérilisation respectant le principe de la marche en avant.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins (accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques). Un logiciel facilite la programmation et la régulation des activités du bloc opératoire (visible dans tout le bloc), ainsi que l'exploitation des données quantitatives de son fonctionnement.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du bloc mettent en œuvre les organisations et pratiques en respectant les règles définies et les recommandations de bonne pratique dans tous les différentes zones du bloc (tenue vestimentaire, marche en avant, hygiène, respect du patient, etc.).

La concertation entre professionnels est organisée lors des rencontres hebdomadaires au cours desquelles est examiné le programme opératoire. Ce programme opératoire est ajusté pour tenir compte des présences des praticiens (chirurgiens et anesthésistes), des besoins en matériel, des besoins en effectif et des particularités du patient.

La régulation de l'activité opératoire est assurée par les cadres, le responsable de l'anesthésie et le président du Conseil de bloc selon la programmation hebdomadaire et les ajustements quotidiens éventuellement nécessaires. Les conditions de travail et le climat relationnel au bloc favorisent la collaboration et l'échange d'informations entre les professionnels au cours de la prise en charge des patients.

La permanence des soins est assurée. La continuité des soins est effective tant en interne qu'en externe. Le dossier du patient est disponible à toutes les étapes de sa prise en charge, y compris après sa sortie du secteur ambulatoire.

La collaboration entre les médecins anesthésistes et les IADE est mise en œuvre pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient en salle d'intervention et en SSPI.

Les interfaces entre les secteurs de soins et les blocs opératoires sont opérationnels. Le transport des patients est assuré dans des conditions appropriées.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien, en particulier les contrôles des salles d'intervention (traçabilité des ouvertures de salles pour la chirurgie et l'anesthésie ainsi que pour la SSPI, identitovigilance, etc.), la traçabilité des DM implantés et des actes opératoires.

La check-list "Sécurité au bloc opératoire" est en place, mais ses différents temps ne sont pas toujours respectés (temps 1 & 3) mais tracés. Ainsi, un audit de mai 2019 montre qu'il persiste des difficultés de mise en œuvre de la check-list et même une dégradation en particulier pour les temps 1 et 3 pendant lesquels les professionnels ne sont pas toujours ensemble. Ceci avait déjà été constaté lors de la visite de 2016 et ne concernait que le non respect du « time out ». Ce risque a été identifié par l'établissement et une EPP a été mise en place avec des actions de sensibilisation des professionnels, et un affichage en juillet 2019. Les résultats de ces actions n'ont pas été évalués au jour de la visite.

La maîtrise du risque infectieux est assurée notamment la traçabilité du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels. Les contrôles de l'air, de l'eau, des fluides médicaux et des surfaces sont assurés et tracés.

Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre et connues notamment en ce qui concerne la radioprotection (formation des professionnels, mise à disposition et port de dosimètres, de tablier de protection, de protège thyroïde, de bagues) ainsi que la prévention et la gestion des risques d'accident d'exposition au sang. Le plan d'action mis en place depuis la visite de 2016 et de l'ASN a permis la suppression des glissements de tâches. Néanmoins, certains chirurgiens n'utilisent toujours pas de dosimètres (ASN 2019).

L'information du patient est bien structurée. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et à son intervention lors des différentes consultations. Des supports lui sont communiqués : formulaire de recueil du consentement éclairé, personne de confiance, documents édités par les sociétés savantes, passeport ambulatoire, etc.).

Dans le secteur ambulatoire, l'optimisation des flux d'arrivée des patients et la rotation des places en fonction des pathologies est recherchée par la mise en place d'un système d'appel la veille et par une programmation des admissions.

La sortie du patient est validée par l'un des médecins de l'UCA selon la procédure définie. L'aptitude au retour à domicile est vérifiée et la fiche d'autorisation de sortie est signée par le médecin.

Une solution de repli est prévue en cas d'hospitalisation prolongée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (ordonnance et bulletin de sortie, document pour le médecin traitant, etc.). Le suivi immédiat du patient après la sortie est assuré par le biais de l'appel du lendemain conformément aux procédures établies et tracées dans le dossier du patient.

Les procédures et supports de signalement des événements indésirables sont en place et connus des professionnels. Les responsables du bloc s'assurent régulièrement de la conformité des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles notamment lors des réunions de service. Les vigilances sanitaires et la veille sanitaire sont opérationnelles.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif de suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient est en place au bloc opératoire et pour la chirurgie ambulatoire.

Cette évaluation globale de la qualité et de l'efficacité du processus est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, retards de prise en charge, taux de débordements, délais, etc.), d'indicateurs nationaux.

De nombreux audits et évaluations complémentaires ont été réalisés sur le bloc opératoire, la SSPI et l'UCA en collaboration avec d'autres groupes de travail et avec l'appui de l'équipe qualité de l'établissement.

Parmi ceux-ci, citons l'analyse du taux d'incidence des ISO et du taux de conformité de l'antibioprophylaxie, les audits sur la conformité de la visite pré-anesthésie et les critères de sortie de la SSPI ou encore sur le taux de conformité de réalisation de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire".

Les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont opérationnelles (hygiène des mains et la surveillance des infections des sites opératoires).

Des RMM et un CREX sont en place en anesthésie. Néanmoins, La réalisation de retours d'expérience (RMM-CREX) n'est pas effective en chirurgie. Les chirurgiens rencontrés ont évoqué l'existence de réunions informelles suite à un problème pouvant être rencontré. Par contre, les événements indésirables du bloc sont traités et leur plan d'action tracé et diffusé. Un engagement a été pris par les chirurgiens à la demande de la direction et du président de CME pour une réactivation effective des RMM dès 2020.

Tous ces indicateurs et résultats sont suivis régulièrement par les pilotes du processus à l'aide de tableaux de bord et examinés lors des réunions du Conseil de bloc.

Le suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration est effectif pour identifier les actions correctives complémentaires en collaboration avec l'équipe qualité/gestion des risques de l'établissement.

## A / AGIR

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

Une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire/SSPI et en chirurgie ambulatoire est en place avec un suivi régulier des actions assuré par les pilotes en lien avec l'équipe qualité et la direction de l'établissement.

Des révisions et des ajustements de stratégie et d'objectifs ont été réalisés en intégrant les résultats de la visite de certification et des constats réalisés par les experts-visiteurs.

Les actions d'amélioration et les ajustements sont programmés et mis en œuvre de manière coordonnée et structurée en lien avec les professionnels concernés. Ils sont intégrés dans le nouveau Compte Qualité et articulés avec le PAQSS institutionnel.

La communication des résultats des évaluations réalisées dans le secteur du bloc opératoire, le secteur ambulatoire et en SSPI à destination des instances, des professionnels concernés et des usagers est organisée à l'aide de différents supports (réunions d'information, courriels, affichage, etc.). Les professionnels du bloc et de la SSPI ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité ainsi qu'aux indicateurs de l'établissement et notamment ceux concernant la satisfaction des usagers.





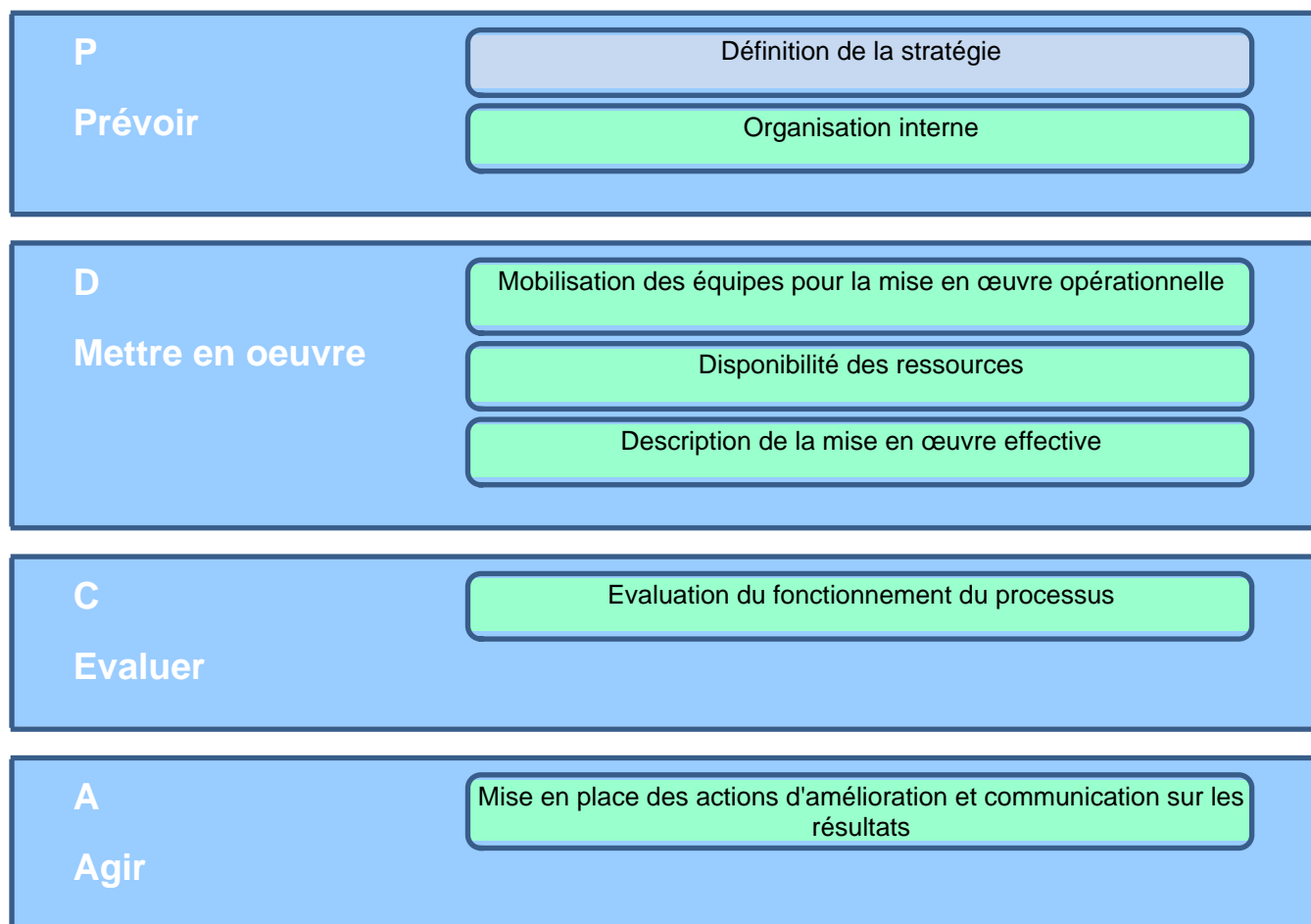
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 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**

Les prises en charge en radiologie interventionnelle dans le projet d'établissement 2013-2018 (prolongé jusqu'en 2019) concernaient les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie et par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Les actes d'imagerie et de cardiologie interventionnelles sont pratiqués sur le site Saint Louis (La Rochelle).

Un des objectifs stratégiques retrouvé dans la CPOM 2019/2023 est le développement de l'activité de radiologie interventionnelle et notamment des écho-endoscopies.

Grâce à des réorganisations de services, la stratégie de l'établissement a permis de positionner les services de cardiologie au 1er étage à proximité de l'USI de cardiologie assurant une sécurité et une meilleure opérationnalité de la prise en charge. L'imagerie interventionnelle est située au rez-de-chaussée.

Le développement de l'activité d'imagerie interventionnelle passait notamment par l'ouverture d'une troisième salle de cardiologie interventionnelle ce qui a été réalisé.

Les risques ont été travaillés sur les éléments de la littérature, sur les IQSS (ou l'établissement est classé en A pour les moyens mis en œuvre pour assurer la sécurité des patients en imagerie interventionnelle), sur les signalements d'événements indésirables (qui concernent essentiellement la matériovigilance), et sur les 2 rapports de l'ASN de 2019.

Un groupe de travail comprenant le médecin référent, un cadre supérieur de santé, le cadre de l'Unité de Soins Intensifs et un cadre du service qualité a été mis en place, pour autant les professionnels ont participé à cette évaluation en faisant remonter les problématiques rencontrées. De nombreux risques étaient présents lors de la dernière certification mais ont été contrôlés voire résolus. On les retrouve dans le compte qualité, outil de management de l'établissement.

L'organisation de la radioprotection et l'ensemble de son dispositif ont été évoqués et validés en CME en juin 2019.

De nombreux objectifs demandés par l'ASN et actions ont été mis en place et déclinés dans le programme d'action institutionnel :

- La régularisation au regard du décret du 4 juin 2018 sur la radioprotection
- Un logiciel dédié et opérationnel sur la cardiologie interventionnelle, et en attente de mise en place d'un logiciel équivalent pour l'imagerie interventionnelle permettant d'effectuer l'ensemble de la traçabilité (matériel, dosimétrie)
- L'optimisation du programme opératoire : avec la mise en place d'une charte de fonctionnement en cours de rédaction
- Le suivi des ouvertures / fermetures de salles grâce à un protocole dont la phase test est en cours
- Un protocole de préparation du patient (en place)
- Une feuille spécifique pour le retour du patient après intervention avec toute la traçabilité nécessaire
- Le Conseiller en Radio Protection et ses missions identifiés

Les besoins en équipement, matériel et logiciels sont planifiés : attente d'un logiciel pour la programmation des lits de semaine, module optionnel du logiciel de cardiologie interventionnelle pour la gestion des stocks.

L'ensemble du programme a été validé par les instances.

L'exhaustivité des risques se retrouvant dans le compte qualité, l'outil sert de PAQSS à l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la thématique est assuré par six professionnels : un cardiologue, un radiologue, les cadres supérieurs des pôles médico-techniques, de médecine interventionnelle et cardiologie vasculaire (MICAV), les directeurs adjoints des pôles médico-techniques et des pôles et parcours MCO/HAD.

L'organisation générale de la radioprotection est sous la responsabilité de la Conseillère en radioprotection (CRP), Cadre de santé (0,7 ETP).

Le plan de formation de l'établissement comprend des formations sur la radioprotection et sur les techniques en imagerie interventionnelle.

Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place sur tous les ordinateurs.

La CRP a en charge le contrôle du matériel de l'imagerie et de la cardiologie interventionnelle, d'acquisition récente et de l'ensemble des équipements (y compris des dispositifs de radioprotections qu'elle distribue trimestriellement aux professionnels).

La CRP réalise les études de poste. Elle travaille en coordination avec la médecine du travail sur la radioprotection des professionnels.

Les plans de maintenance du matériel sont réalisés avec un suivi par la CRP sur un logiciel spécifique.

Une cellule de radioprotection se réunit 2 fois par an (et si besoin des réunions en urgence sont réalisées).

Les interfaces entre les services d'hospitalisation, les salles interventionnelles et la salle SSPI sont formalisés. Les interfaces avec les services de soins ont été améliorées par la mise en place d'une fiche de liaison. La gestion des rendez vous est informatisée.  
La coordination avec les services logistiques, techniques, et médico-techniques ainsi qu'avec l'équipe d'hygiène est organisée.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs spécifiques sur l'imagerie et la cardiologie interventionnelles sont déclinés dans le PAQSS avec des responsables identifiés.

Il existe un schéma organisationnel de la radioprotection avec l'identification des référents en coordination des dispositifs, et en radioprotection des travailleurs et des patients.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur leurs objectifs lors des réunions de services.

Une EPP a été réalisée sur la pertinence de pose d'endoprothèses vasculaires, et une sur l'utilisation de la check-list.

Un travail a été fait sur les risques allergiques avec la participation d'allergologues.

Des CREX peuvent être réalisés, mais les fiches d'évènements indésirables (EI) portent essentiellement sur des problématiques de matériovigilance.

La CRP évalue annuellement les activités et en présente le bilan aux instances, en CSIRMT et en CHSCT.

Des évaluations correctives sont mises en place sous l'impulsion des cadres de santé, des médecins, de la RCP avec une démarche participative des professionnels.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

A ce jour le manque de radiologues (effectif de moitié environ) ne permet pas d'augmenter l'activité d'imagerie interventionnelle, ni de réaliser une activité 24 h /24, et d'organiser une astreinte. Les autres compétences sont présentes en nombre suffisant (IDE, manipulateurs en radiologie). En cardiologie, il existe une astreinte double en rythmologie et en hémodynamique.

Il peut être également réalisé des interventions sous scanner, celles-ci sont uniquement en programmé.

Il existe des référents par secteur, notamment pour la mise en œuvre des contrôles. Les soignants sont sensibilisés et la culture de la radioprotection est bien assimilée.

Une équipe est dédiée en rythmologie, pour les autres secteurs les professionnels sont "transversaux" d'où nécessité de formation en continue pour les nouveaux arrivants.

Un professionnel paramédical a un DU en coronarographie. Une infirmière est spécialisée en Bilan Médicamenteux Optimisé et voit tous les patients de cardiologie interventionnelle. Les cardiologues font des formations aux soignants (interprétation des ECG,...), et les professionnels participent à des congrès de cardiologie et de radioprotection.

De nombreux protocoles sont à disposition des professionnels sur les ordinateurs. Un document sur le protocole de préparation du patient est réévalué annuellement.

Pour les ouvertures et fermetures de salles, un protocole est en phase test.

Tout est bien protocolisé dans les 2 secteurs avec certes un fonctionnement différent mais la sécurité du patient est garantie sur tout le parcours.

L'affichage des seuils par salle est déterminé.

Environ 260 agents sont concernés par exposition aux rayonnements ionisants. La formation mise en place par la CRP concerne aussi bien la radioprotection des travailleurs que la formation pour la radioprotection des patients. La formation des professionnels tous les 3 ans est suivie par le Conseiller en Radio Protection et une formation E. Learning est en place notamment pour les médecins mais encore peu suivie à ce jour car ouverte depuis 14 octobre 2019. 2 formations présentielle par an sont dispensées (les IBODE seront à former en 2020 au regard du dernier décret).

Il existe 3 salles de cardiologie interventionnelle (une d'électrophysiologie, une de coronarographie et une mixte) et une salle d'imagerie interventionnelle. La mise en place de la troisième salle de cardiologie interventionnelle faisait partie des axes du projet d'établissement.

Il peut être également réalisé des interventions sous scanner, celles-ci sont uniquement en programmé (pas d'urgence). Une salle SAS permet également des écho-endoscopies. Les salles ont été rénovées en 2017 et la salle SSPI est à proximité.

Le logiciel acquis récemment permet de tracer les dispositifs médicaux utilisés pour la cardiologie interventionnelle (un document de travail est en cours sur une procédure dégradée), un logiciel équivalent est en attente pour l'imagerie interventionnelle.

Les systèmes de radioprotectons sont opérationnels (dosimètres, tabliers, lunettes, visières,...).

Une alarme est présente dans les salles permettant de faire appel à du personnel de renfort en cas d'urgence.

La CRP a un logiciel spécifique qui lui permet de suivre l'ensemble du matériel et la dosimétrie des professionnels.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prises en charge en imagerie et cardiologie interventionnelles peuvent être programmées ou en urgence. Pour autant les interventions sous scanner sont pour leur part toujours programmées et sous anesthésie générale. Avant toute intervention, une consultation est programmée au cours de laquelle le consentement éclairé est recherché et une première information donnée.

Les patients en cardiologie interventionnelle sont adressés par les urgences, cardiologues des services ou par des cardiologues libéraux. Après validation, et programmation de l'intervention, il est adressé au patient le "passeport". En imagerie interventionnelle les types d'intervention sont nombreux : ponctions, cimentoplastie, chimiothérapie, activité d'oncologie programmés (sous anesthésie générale), thrombolyse (pas de thrombectomie car il n'y a pas de neurochirurgien sur l'établissement). Le médecin qui pratiquera l'intervention contacte toujours le médecin libéral afin d'en évaluer la possibilité et la nécessité thérapeutique. Après validation et planification, un courrier est adressé au patient avec également le "passeport", et si besoin les prescriptions spécifiques. En cas d'intervention complexe une consultation complémentaire est programmée.

En cardiologie interventionnelle, dans tous les cas le patient est hospitalisé (en service, en ambulatoire ou en hôpital de jour).

En imagerie interventionnelle, les patients sont hospitalisés d'où la nécessité de lits in situ (en service, en hôpital de semaine ou en hôpital de jour), mais des interventions peuvent avoir lieu en ambulatoire.

L'information et le suivi du patient sont formalisés : ils sont contactés la veille et le « passeport » spécifique selon l'intervention leur est adressé (rythmologie / cardiologie interventionnelle), comportant toutes les consignes à suivre avant l'hospitalisation, la veille et le matin de l'admission, le jour "J" de l'intervention (avec son parcours depuis la préparation dans le service, le passage en salle SSPI, la salle d'intervention, le retour en salle SSPI et le retour dans le service) et la sortie.

La check-list est utilisée. La traçabilité du consentement est réalisée sur la check-list.

Après l'intervention le médecin remplit lui-même la fiche de liaison avec le service pour le suivi.

Si le patient est en HDJ ou en ambulatoire il sort avec son compte rendu d'intervention. Le suivi à réaliser est également adressé à son correspondant médical le jour même.

Dans l'attente d'un logiciel, la traçabilité en imagerie interventionnelle est réalisée sur un cahier et avec une traçabilité dans le dossier patient par le manipulateur radio du dispositif implanté, des doses reçues par le patient et du temps de scopie. En cardiologie un logiciel permettant cette traçabilité est opérationnel.

La douleur est réévaluée lors du séjour en SSPI à la suite de l'intervention.

Le sortie de la salle de SSPI après intervention fait l'objet d'un document spécifique pour le retour du patient dans l'unité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La conseillère en radio protection évalue les doses patients par une évaluation annuellement sur dossiers (comptes-rendus d'intervention présents, doses notées,...).

Les IQSS sont recueillis, ainsi que ceux d'hôpital numérique. Le dossier anesthésique par exemple est présent dans les dossiers à 100 % dans les IQSS.

La CRP contrôle également les dosimétries et le matériel à périodicités définies sur un logiciel spécifique.

Des CREX ont été mis en place mais sont actuellement suspendus par manque de radiologues référents.

Un tableau de bord est en place sur le contrôle des appareils.

Un patient traceur a été réalisé en cardiologie hôpital de semaine

La Conseillère en Radio Protection a un logiciel spécifique lui permettant le suivi des agents (doses, formation), des doses patients, et le suivi du matériel.

Le recueil des indicateurs est difficile mais les médecins renseignent EPI-FRI.

Un bilan d'activité annuel est réalisé par la CRP.

## A / AGIR

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

L'établissement a mis en place de nombreuses actions d'amélioration.

La traçabilité sur l'ensemble du parcours du patient en imagerie et cardiologie interventionnelle a été améliorée et formalisée, notamment l'information au patient par le "passeport" qui lui est adressé en amont de l'intervention.

L'acquisition du Logiciel de traçabilité pour la cardiologie interventionnelle est effectif avec un projet d'acquisition identique pour l'imagerie interventionnelle.

La fiche de liaison avec les services est opérationnelle.

Suite aux rapports de l'ASN, des réponses ont été apportées et un tableau Excel reprend les "préparations de réponses".

Des documents sont en cours de rédaction et de validation afin d'optimiser la prise en charge : par exemple la charte de fonctionnement en salle interventionnelle et en cardiologie, et le bionettoyage en salle de radio interventionnelle entre chaque intervention a été formalisé avec la participation des ASH. Le document est en cours de validation.

Au niveau de la communication, la CRP présente en CSIRMT, et en CHSCT un bilan annuel d'activité, avec les actions prioritaires réalisées et celles à mettre en place en N+1.

Toutes ces actions sont incluses dans le programme d'amélioration.

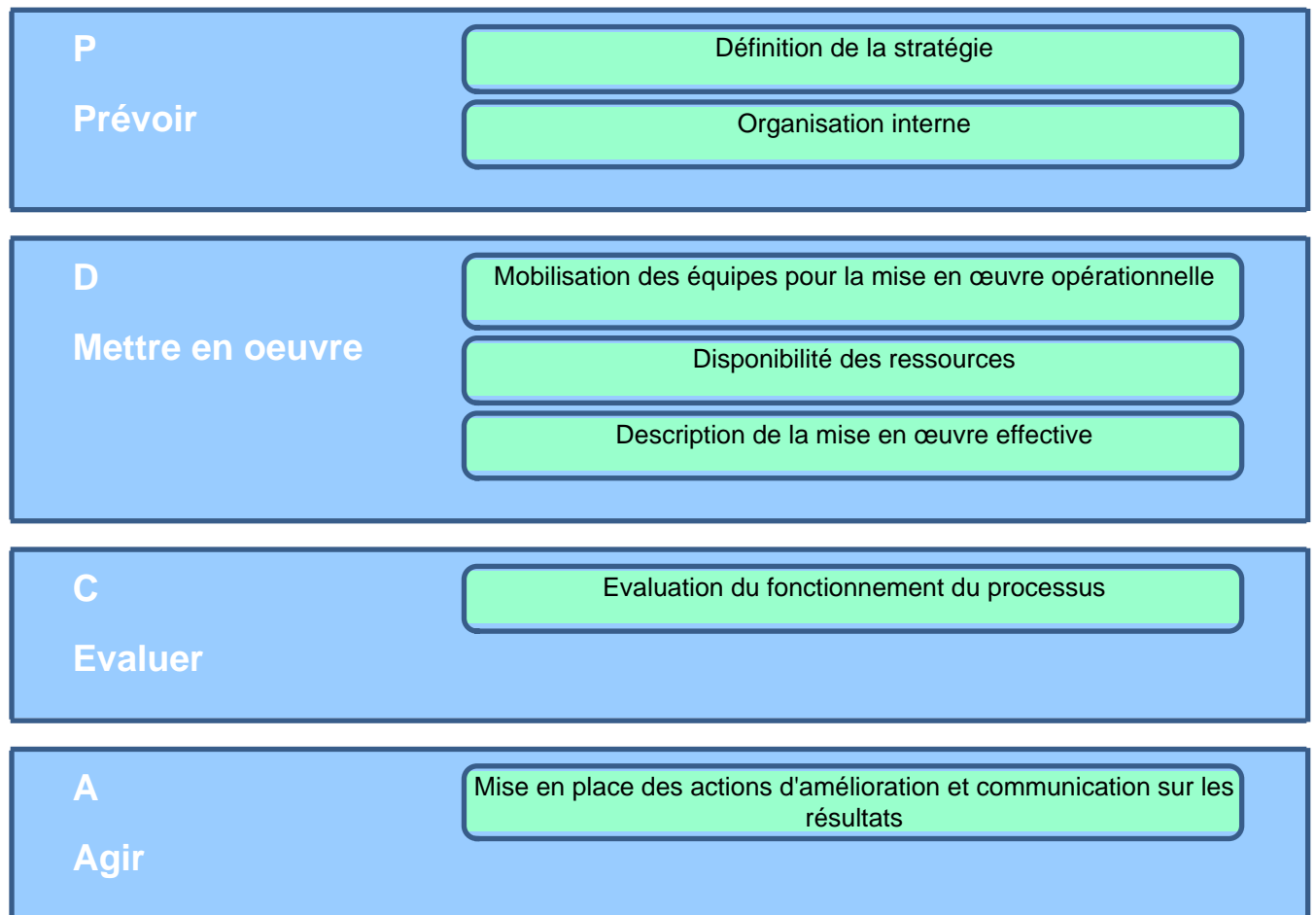
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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 Groupe Hospitalier de La Rochelle a défini, dans son projet d'établissement, un axe portant sur la maîtrise des risques. Dans l'objectif d'y répondre, le CH a mis en place une organisation pour pallier aux risques liés à l'activité d'endoscopie.

L'activité d'endoscopie du Groupe de La Rochelle est composée d'endoscopies digestives, pulmonaires, trans-oesophagiennes (ETO), ORL et urologiques. Des fibroscopies peuvent être réalisées en réanimation et au bloc opératoire en cas d'intubation difficile. Elle est pratiquée dans les secteurs suivants : bloc opératoire, urologie, réanimation, cardiologie, digestif, ORL et pneumologie. L'activité est programmée pour la plus grande majorité et se déroule en ambulatoire pour les endoscopies digestives et en consultations externes pour les autres spécialités. Les endoscopes sont traités dans 5 lieux différents avec des méthodes de traitement différentes.

L'évaluation du processus a été réalisée par une réflexion collégiale avec les pilotes, les cadres de santé des différents secteurs, des soignants, un représentant biomédical et un membre de la cellule qualité. Une cartographie des risques a été réalisée prenant en compte les résultats de la précédente certification, les risques identifiés par le groupe de travail et les résultats des audits. Les risques ont été hiérarchisés et priorisés selon une méthode définie. Dix risques ont été identifiés dans le compte qualité avec deux risques prioritaires relatifs à la traçabilité de l'évaluation des bénéfices/risques, le recueil du consentement éclairé du patient (point sensible de la précédente certification).

Les actions d'amélioration pour l'endoscopie sont suivies, révisées régulièrement et validées par la commission d'endoscopie puis présentées en CME.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes de ce processus sont identifiés : le pharmacien hygiéniste, responsable de l'Unité Hygiène Hospitalière et pilote du processus risque infectieux, le cadre supérieur de santé du pôle activités de blocs opératoires et le directeur pôles et parcours MCO-HAD.

Afin de répondre à la précédente certification, l'établissement a mis en place une commission des endoscopies dont les membres sont les pilotes du processus, un technicien biomédical, les cadres des secteurs d'endoscopie, des représentants du personnel médical et paramédical des secteurs d'endoscopies. Les objectifs de cette commission sont de développer une coordination entre les différents secteurs pratiquant des endoscopies dans un but d'harmoniser les pratiques et de partager les expériences. Cette commission se réunit deux fois par an. En cas de besoin urgent, une « cellule de crise endoscopie » peut être activée.

L'entretien des endoscopes est assuré par les aides-soignants et/ou les infirmières selon les secteurs.

La formation des nouveaux arrivants est assurée par tutorat par IDE ou agent en charge du traitement des endoscopes et l'équipe d'hygiène. Les fiches de postes des professionnels sont élaborées.

L'ensemble du personnel aide-soignant a bénéficié d'une formation sur le risque infectieux en endoscopie par le responsable de l'unité d'hygiène hospitalière.

La continuité des soins est assurée par une astreinte aide-soignante le week-end pour les endoscopies urgente et la possibilité de recours à des fibroscopes à usage unique.

Le matériel d'endoscopie est en quantité suffisante pour réaliser les objectifs fixés, il y a la possibilité d'avoir recours à des fibroscopes à usage unique le week-end pour la réanimation et le bloc opératoire ainsi qu'à des uroscopes en cas de besoin pour des examens spécifiques ou en cas de maintenance.

Les colonnes vidéo sont dédiées.

La maintenance préventive et curative des endoscopes, des colonnes et des autres matériels est prise en charge par le secteur biomédical et les prestataires externes. C'est le service biomédical qui assure le suivi des maintenances.

Les prélèvements réglementaires des différentes familles d'endoscopes, de l'eau, d'armoires de stockage des endoscopes sont organisés en lien avec l'EOH.

La ressource documentaire relative à la prise en charge du patient en endoscopie est disponible sur un logiciel spécifique. Les procédures sont validées par le CLIN. La traçabilité des endoscopes est prévue.

Les modalités d'information et de recueil du consentement sont prévues, de même que la détection du risque d'ATNC.

La programmation et la régulation de l'activité est organisée. Pour les endoscopies digestives, utilisation du logiciel du bloc opératoire, pour les autres examens endoscopiques la planification est renseignée sur



informatique par le personnel infirmier.

Les interfaces avec les consultations, la pharmacie (DMS-DMI), le service de gastro-entérologie, le biomédical (...) sont gérées.

Les secteurs disposent de check-list sécurité du patient en endoscopie. Plusieurs check-list sont utilisées selon la spécialité. Les check-lists (renseignées par l'infirmière) sont retrouvées dans le dossier patient informatisé ou sous format papier.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison du plan d'actions en relation avec les risques identifiés est assurée par les pilotes du processus avec le soutien de l'unité d'hygiène hospitalière et un membre de la cellule qualité. La communication entre les pilotes et les équipes est effectuée par le cadre supérieur de santé et les cadres de santé. Les réunions de la commission des endoscopies permettent de s'assurer de la conformité des pratiques et aide au partage d'expérience entre les différents secteurs d'endoscopie avec l'objectif de centraliser l'ensemble des traitements des endoscopes.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs répondent à l'activité avec des IDE et AS dédiées à l'ensemble des secteurs ouvrables.

Le maintien des compétences est assurée par des formations réalisées en externe (par exemple pour les bronchoscopies) ou en interne par le pharmacien hygiéniste ou par un prestataire externe, suite à l'acquisition d'un nouveau matériel.

Pour le secteur des endoscopies digestives, le choix a été fait de ne pas créer une équipe infirmière constante pour la réalisation des endoscopies digestives mais de former l'ensemble du personnel infirmier du service de gastro entérologie, à partir du volontariat, pour le secteur des endoscopies digestives dans l'objectif de maintenir différentes compétences.

Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel informatique pour la déclaration d'un évènement indésirable.

Les risques professionnels sont identifiés et pris en compte : ventilation, équipements de protection individuels mis à disposition (gants, masques, lunettes de protection et sur blouse). Des hottes aspirantes sont installées au-dessus de chaque bac de décontamination.

Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

La composition du parc des endoscopes et des colonnes vidéo correspondantes permet de répondre à la demande quel que soit la spécialité. L'ensemble des différentes ressources matérielles disposent d'un programme d'achat, de renouvellement ou de travaux et d'un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative assuré en interne par l'Equipe Biomédicale et par des organismes habilités et conventionnés. L'entretien régulier des armoires où sont rangés les endoscopes est régulier et tracé.

Le service bio médical assure l'archivage de toutes les interventions de maintenance pour chaque endoscope. Des fiches de maintenance sont en place pour assurer la gestion de l'interface entre les services et le biomédical. L'entretien des colonnes vidéo est assuré en interne par le service biomédical. Les demandes d'intervention en cas de panne se fait à partir de la GMAO.

Les protocoles sont accessibles par les professionnels à partir d'une gestion documentaire informatisée, comprenant l'ensemble des procédures de traitement des endoscopes.

Les locaux où se déroulent les examens sont conformes aux attendus : la marche en avant est identifiée au niveau des différentes paillasses, le déroulement des examens a lieu dans des salles dédiées ; pour les endoscopies digestives sans anesthésiste, du MEOPA est présent en cas de besoin. Du matériel en cas d'urgence vitale est disponible en cas de besoin dans ce secteur.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services connaissent l'organisation et mettent en œuvre les procédures, protocoles et les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge des patients.

Il y a plusieurs méthodes de traitement des endoscopes : désinfection manuelle pour les fibroscopes en service de réanimation et en urologie, traitement semi-automatique avec paillasse informatisée pour les bronchoscopes, un laveur pour les naso fibroscopes, des laves endoscopes pour les endoscopies digestive et urologique et une désinfection à l'aide de lingettes pour les sondes ETO.

Un plateau technique assure le traitement des gastro, colo et urosopes.

Une fois traités, les endoscopes sont stockés dans des plateaux, à l'intérieur d'un champ stérile pour l'ORL, l'urologie et la cardiologie et dans des armoires pour les endoscopes utilisés en digestif et pneumologie.

Les check-lists sécurité du patient sont utilisées systématiquement : check-list pour les endoscopies digestives, urologiques et bronchiques ainsi que pour les échographies trans-oesophagiennes. Les professionnels utilisent les check-lists sécurité en endoscopie afin de tracer les vérifications préalables à l'examen.

Le dépistage des ANTC est tracé sur les demandes d'examen émanant des services. La prise de traitement anti coagulant éventuelle, les motifs de la demande, les pathologies associées et maladies contagieuses sont renseignées sur ce document.

Des documents d'information sont remis aux patients, leur consentement est recueilli, et le dépistage du risque d'ATNC est réalisé avant chaque programmation. Cependant, il a été noté, au cours des investigations en gastro-entérologie et cardiologie, l'absence de formulaire du consentement éclairé pour les patients hospitalisés en cas d'endoscopie digestive. Cela ne concerne pas les patients de la chirurgie ambulatoire. Les pilotes du processus, conscients de cet écart, ont réfléchi à une modification de la check-list d'endoscopie digestive en ajoutant un item sur la traçabilité du recueil du consentement et à la conduite d'un audit sur ce thème dont la méthodologie a été validée par la cellule qualité en septembre 2019.

Le résultat de l'examen transmis au patient porte le numéro de référence de l'appareil utilisé. La fiche de traçabilité permet de retrouver tous les éléments nécessaires en cas de besoin (par exemple, en cas de risque infectieux ou suite à un dysfonctionnement de l'appareil constaté après avoir réalisé plusieurs examens).

Les procédures d'identitovigilance sont respectées. La traçabilité des DM-DMI est effective. Ils respectent les procédures de nettoyage, de désinfection et de stockage des endoscopes, et la traçabilité inhérente. Le stockage et le transport des endoscopes est conforme aux règles d'hygiène.

Les professionnels respectent les procédures de protection vis-à-vis du risque chimique lors de la manipulation de l'acide péracétique (lunettes, gants, masque, tabliers...).

Compte tenu de l'organisation en place, il est aisé de distinguer les endoscopes propres et les endoscopes sales. En effet, les uroscopies ont lieu dans un autre service et un système de sac de couleur est en place pour identifier les uroscopes décontaminés et les uroscopes contaminés ; une feuille de traçabilité de la décontamination de l'uroscope à son retour après utilisation au plateau technique suit l'appareil tout au long de son utilisation.

La gestion des prêts, réparation, maintenance et séquestration est effective et tracée, en lien avec l'EOH et le biomédical.

Concernant le service de réanimation, une procédure pour le traitement du fibroscope est plus détaillée car le traitement est entièrement manuel avec une fiche de traçabilité en place.

La traçabilité de l'entretien des locaux et des vérifications eau et endoscopes est assurée.

Les circuits patients sont adaptés pour l'ambulatoire, les patients hospitalisés, avec ou sans anesthésie. La programmation des actes d'endoscopie est organisée via les demandes d'examens effectuées par les spécialistes.

Les contrôles microbiologiques réglementaires sont réalisés et tracés, ainsi que les opérations de maintenance et de réparations externes.

Les patients en secteur ambulatoire bénéficient d'un appel de l'infirmière la veille et le lendemain de l'examen. Un numéro de téléphone leur est donné en cas de besoin.

Les interfaces avec le secteur anesthésique, le bloc opératoire, l'unité de chirurgie ambulatoire, les secteurs d'hospitalisation et les différents lieux où sont pratiquées les endoscopies non digestives sont opérationnelles, de même que les liens avec l'hygiène, la pharmacie et le biomédical.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est structuré. Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est en place.

Les pilotes suivent des indicateurs d'activité : nombre d'examens, par type d'examens.

Un tableau de suivi recense l'ensemble des prélèvements sur une année. Un tableau récapitule l'ensemble des maintenances curatives des endoscopes.

La satisfaction des patients est suivie à l'aide de questionnaires de satisfaction spécifique au secteur de consultations externes pour les endoscopies.

Le bilan d'activité reprend l'ensemble de ces éléments ; il met en avant les pratiques, les projets et organisations visant à l'amélioration du parcours patient.

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

L'efficacité des actions, une fois évaluée, conduit à réajuster les dispositifs mis en place et de nouveaux objectifs sont fixés. Les actions sont élaborées, validées et diffusées aux professionnels via la commission des endoscopies. Les résultats des différents audits sont transmis aux professionnels par les cadres de proximité, membres de la commission des endoscopies.

Plusieurs audits et relevés d'indicateurs ont entraîné la mise en place d'actions d'amélioration.

Par exemple, l'audit conduit sur le temps de trempage des sondes ETO a donné lieu à la mise en place de lingettes désinfectantes depuis mai 2019, un audit sur la check-list utilisée en pneumologie a confirmé la bonne utilisation de ce document.

Une évaluation du traitement, nettoyage et désinfection en endoscopies a été conduit par OLYMPUS a entraîné la mise à jour de la procédure de pré désinfection.

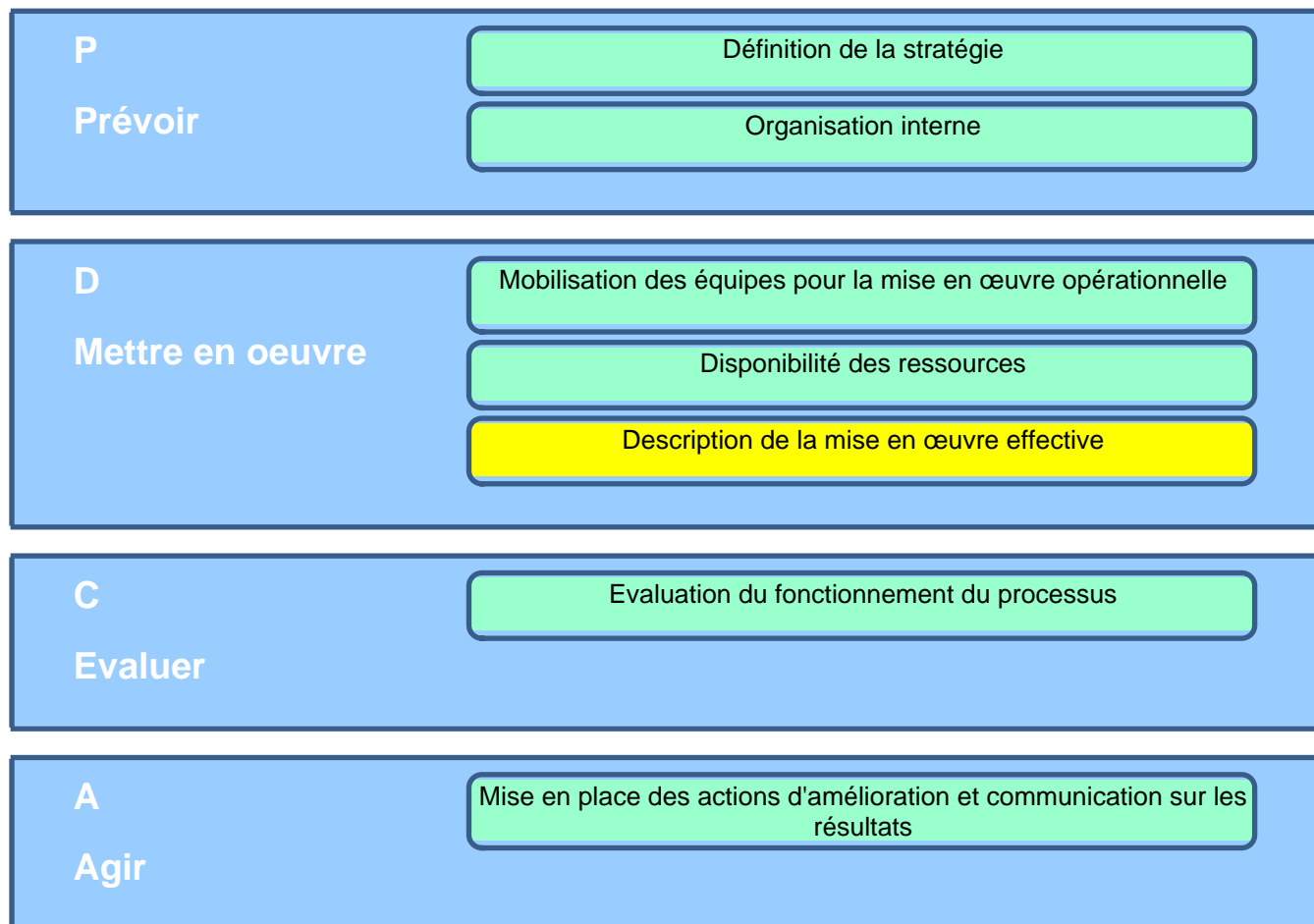
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La maternité du groupe hospitalier de La Rochelle Ré Aunis est située sur le site de Saint Louis (La Rochelle). La maternité a réalisé 2100 accouchements en 2018 (25% d'augmentation activité / 2017 suite à la fermeture d'une maternité privée à La Rochelle). Il s'agit d'une maternité niveau 2b avec une organisation territoriale (maternité de recours : CHU Poitiers niveau 3 et l'hôpital Rochefort 2a et de Saintes 2b). Elle s'inscrit dans un schéma de transfert périnatal (ancien réseau de transfert Poitou Charentes -> réseau périnatalité Nouvelle Aquitaine) permettant l'orientation in utéro et néonatal.

Il existe un bâtiment dédié à l'activité gynéco obstétricale, au 1er étage : consultations dont orthogénie, au 2eme étage : hospitalisation de gynécologie + 8 lits de secours d'obstétrique et au 3eme étage : 30 lits d'obstétrique et le secteur salle de naissance (SDN).

Le secteur a réalisé une identification des risques prenant en compte les évènements indésirables, la réglementation, les plaintes et réclamations, réglementation, les orientations régionales (fermeture de la maternité privée), les évaluations nationales et internes, la visite de risque ...

Les risques ont été priorisés selon la méthodologie de l'établissement, de manière pluri professionnelle.

Un plan d'action et des modalités de suivi sont en place pour chaque risque prioritaire.

Une stratégie et des objectifs sont inscrits dans le projet d'établissement et un travail est initié au sein du GHT en partenariat avec la maternité de Rochefort

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes sont le médecin chef de service, la sage-femme coordonnatrice en maïeutique et le directeur délégué du pôle.

L'organisation de la salle de naissance est décrite dans une charte de fonctionnement. Cependant, la charte de fonctionnement du bloc obstétrical date de 2015, elle n'a pas été actualisée depuis et ne prend pas en compte les modifications effectuées depuis, comme les modifications de la permanence des soins en anesthésie (MAR dédié à l'activité obstétricale), ni les modifications des locaux (ajout d'une zone d'accueil), ni les évaluations (activité, EPP, suivi des EPP...) ni les modalités de suivi de ces indicateurs. Ce risque a été identifié dans le compte qualité et la charte devait être actualisée en sept 2019.

Il a été prévu les ressources humaines adaptées à l'activité et en lien avec la réglementation en heures ouvrables, nuits et week-end pour la salle de naissance pour les sages-femmes (SF), les auxiliaires de puéricultures (AP), les obstétriciens et les MAR.

Une garde sur place est dédiée pour le gynécologue obstétricien (+ 1 interne), pour le MAR et le pédiatre.

Des formations sont proposées dans le cadre du plan institutionnel, et des formations spécifiques sont prévues comme des ateliers de simulation, détection des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF).

Il existe des fiches de poste (aide-soignante d'accueil, auxiliaire de puériculture salle de naissance et suite de couches, SF, infirmière puéricultrice).

Les locaux sont récents et vastes. La salle de césarienne est intégrée dans le secteur. Les suites de couches sont dans le même bâtiment et au même étage et disposent de 6 lits « kangourous ».

L'équipement nécessaire à la surveillance et la prise en charge materno-fœtale est prévu : monitoring adulte, contrôle du RCF, échographes, appareil de biologie délocalisée, matériel de réanimation adulte et du nouveau-né, chariot Hémorragie de la délivrance.

Il existe un plan de maintenance préventive et curatives en lien avec le biomédical.

Les documents et procédures sont accessibles sur la base documentaire.

Par ailleurs et compte tenu de l'augmentation récente d'activité, le secteur a mis en place une procédure de suractivité en obstétrique permettant l'ouverture de lits supplémentaires de suite de couche et la mobilisation des professionnels.

L'interface est prévue avec le bloc opératoire, la pédiatrie, le laboratoire, le service d'hygiène, l'EFS (au sein de l'établissement) et le service d'imagerie (embolisation possible).

**D / METTRE EN OEUVRE**

## MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le sage-femme coordinatrice en maïeutique et le chef de service sont en charge de la déclinaison du programme qualité et du respect des bonnes pratiques.

La communication est favorisée lors de staff quotidien de dossier, lors des relèves, des revues de dossier hebdomadaires, des staffs de suivi des grossesses pathologiques. Un staff actualisation des connaissances mensuel, une réunion de service annuelle associant l'ensemble des professionnels et un staff de médico-social mensuel sont également en place.

Les professionnels signalent les EI (32 signalés en 2018, dont 17 EI en lien avec les soins). Des CREX ou RMM sont en place dans le secteur.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est assurée en lien avec la réglementation sur la salle de naissance et les suites de couche (SF, AP). Une psychologue est également disponible sur le pôle femme enfant.

Les professionnels sont formés (RCF, enseignement pas simulation sur la réanimation du nouveau-né, allaitement, douleur, risque infectieux...). Les nouveaux arrivants ont un tutorat défini.

Les tableaux de garde des gynécologues, MAR, pédiatres sont affichés en salle de naissance.

Les locaux sont adaptés à la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés avec une zone d'attente, une zone d'accueil « urgence » : attente, salle de soins, 3 salles d'examen, 4 salles de pré travail, 5 salles d'accouchements (dont une salle pouvant servir de salle de césarienne), 1 salle de soins et de réanimation nouveau-né de 3 postes, 1 salle de césarienne et 2 postes de SSPI dédiée au sein de la salle de naissance. Il existe également une salle avec baignoire.

Un secrétariat permet l'archivage des dossiers de suivi de grossesse. Les salles de travail, de pré travail, de bloc de césarienne, de réanimation du nouveau-né ont les équipements et appareils de surveillance adaptés. Il existe également des rangements mobiles spécifiques (anesthésie péridurale, réanimation adulte, nouveau-né, hémorragie de la délivrance...).

Les professionnels ont accès aux documents du secteur sur la base documentaire. Des documents récents sont affichés dans l'unité de soins. Les procédures concernant notamment le risque infectieux en salle de naissance sont accessibles et actualisées.

Il existe un livret d'accueil spécifique remis en début de grossesse.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le suivi de grossesse peut être réalisé au sein de l'établissement, ou en ville, auquel cas une consultation a été réalisée au préalable avant le terme, ainsi qu'une consultation d'anesthésie au 8ème mois de grossesse. L'évaluation du projet de naissance est prise en compte. Un passeport de naissance spécifique est remis à chaque parturiente, centralisant l'ensemble des informations nécessaires.

L'accueil et le circuit des parturientes respectent le parcours organisé via un ascenseur dédié (accueil commun pour les urgences gynécologiques obstétricales).

Une zone d'attente est dédiée, une première évaluation est réalisée par un professionnel (enregistrement, prise des constats, obtention du dossier de suivi de grossesse).

La parturiente est orientée selon son état en salle de pré travail, travail ou césarienne si nécessaire. Une hospitalisation ou un retour à domicile sont également possibles.

Le dossier de la parturiente est sur support papier, il regroupe l'ensemble des éléments nécessaire à la prise en charge, ce dossier est commun avec celui de la maternité de Rochefort.

Les différents examens, actes réalisés sont tracés sur le dossier papier. Cependant, il a été observé un défaut de traçabilité de certains actes et surveillance (check-list sécurité patient lors des césariennes, surveillance des chariots hémorragie de la délivrance, des tables de réanimation nouveau-né). De fait, durant la visite, les pilotes du secteur ont mis en place un cahier permettant de centraliser la vérification des différents chariots, et intégré la check-list HAS sécurité césarienne dans le logiciel de bloc.

Les professionnels respectent les bonnes pratiques en hygiène (port des tenues, prévention du risque infectieux).

La prise en charge de la douleur est suivie avec pose d'analgésie péridurale.

Des actions de bientraitance sont mises en œuvre pour la parturiente (présence d'un accompagnement lors du travail, respect de l'intimité, allaitement, techniques d'analgésie) et pour le nouveau-né (mise en peau à peau précoce, prise en charge de la douleur...).

La surveillance avant pendant et après l'accouchement est assurée et tracée dans le dossier papier. Un compte rendu d'accouchement est réalisé par la SF en charge de la patiente et intégré dans le DPI institutionnel. Il en est de même pour les césariennes et lors de la sortie de la patiente avec remise d'un CRH systématique. Les différents examens du nouveau-né sont tracés sur le support inhérent.

Toutefois, la coordination entre les professionnels ne permet pas toujours la mise à disposition en temps utile des ressources humaines, notamment lors des césariennes en urgences en dehors des heures ouvrables, en raison de l'absence d'infirmière de bloc opératoire sur place (astreinte à domicile). Il a été rapporté lors de la visite que lors des césariennes "code rouge" (délais entre la décision de césarienne et l'extraction du nouveau né = 15 min) que l'infirmière de bloc et l'IADE arrivaient une fois l'extraction du

nouveau né faite, obligeant dans ces cas les sages-femmes et auxiliaire de puériculture de la salle de naissance à quitter leur poste de surveillance des salles de travail et pré travail et à se mobiliser en salle de césarienne. Par ailleurs, toujours en cas de césarienne urgente, il n'existe pas de système d'appel centralisé permettant une alerte sur l'ensemble des DECT (MAR, interne en obstétrique, pédiatre), obligeant ainsi une sage femme à appeler chacun des professionnels dans ces situations urgentes.  
Le dépôt de sang est situé au sein de l'établissement et accessible H 24.

## **C / EVALUER**

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

Des évaluations d'activité sont réalisées à fréquence définie (accouchement, césarienne, épisiotomie, extraction instrumentale, anesthésie péridurale, taux de transferts.....). L'établissement participe également au recueil des IQSS sur l'hémorragie du Post Partum, la pertinence des codes rouges lors des césariennes, ou la tenue du partogramme. Des RMM sont également réalisées sur le secteur.  
D'autres évaluations sont réalisées par la qualité (suivi du nombre d'EI du secteur), par l'EOH (suivi des ISO post césariennes), ou par la CDU (nombre de plaintes et réclamations).  
Toutefois, les pilotes du secteur ne disposent pas d'un outil type tableau de bord permettant de centraliser et d'assurer le suivi des différentes évaluations, notamment celles qui sont suivies par l'EOH ou la qualité et pas obligatoirement connus des pilotes.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en place en lien avec les risques, comme la mise en place récente d'une zone accueil individualisée pour les urgences gynéco-obstétricales avec du personnel dédié, ou une organisation spécifique en lien avec l'augmentation d'activité (procédure suractivité en obstétrique), ou l'intégration des groupages et examens immuno-hématologiques dans le dossier patient institutionnel.  
Certaines actions sont en cours comme la formalisation de l'organisation dans un règlement intérieur, ou un système de transport automatisé par pneumatique pour les examens immuno-hématologiques entre la salle de naissance et l'EFS.  
La communication est assurée en interne lors des réunions de service, relève ou affichage.



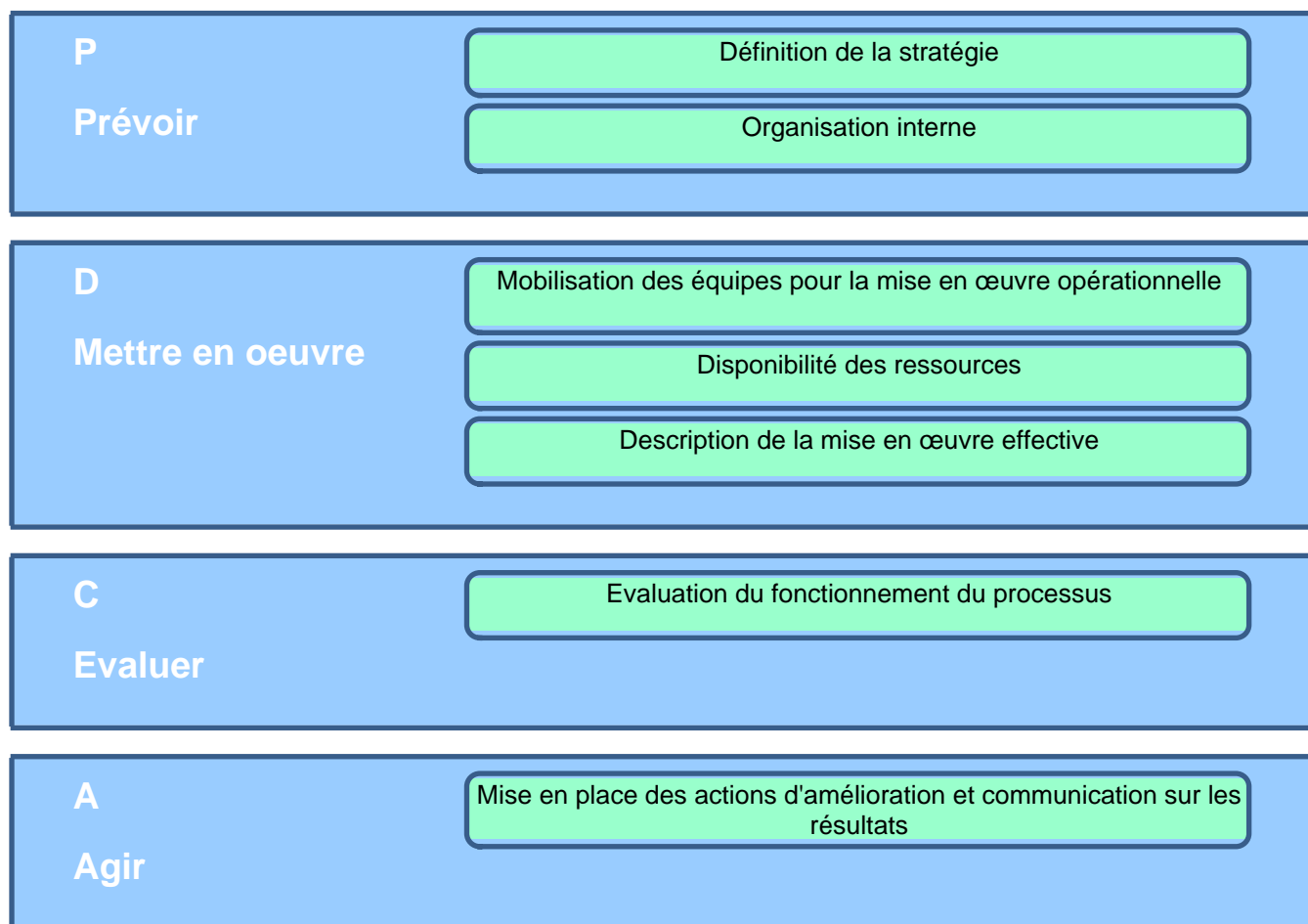
# DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement assure la promotion du don d'organe à visée thérapeutique tant au plan de l'information du public que de la sensibilisation des professionnels et pour les établissements pratiquant des prélèvements que les bonnes pratiques correspondantes sont mises en œuvre.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, d'une analyse des risques propres à l'établissement, du contexte et des obligations légales et réglementaires. Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (ci-après dénommé l'établissement ou le GHLRRA) a défini sa stratégie par rapport au don et au prélèvement d'organes et de tissus à visée thérapeutique, dans le volet Projet Médical de son Projet d'Etablissement 2013-2018 prolongé jusqu'en 2019, qui présente un axe stratégique de développement de la mission de prélèvements d'organes, et de renforcement de l'équipe de coordination afin de consolider et d'améliorer les résultats obtenus dans ce domaine.

Le GHLRRA est autorisé, par l'Agence de la biomédecine (ABM), à effectuer, à des fins thérapeutiques, des prélèvements d'organes et de tissus sur des personnes décédées : prélèvements multi-organes et de tissus (PMOT) sur donneurs décédés en mort encéphalique, et prélèvements de tissus sur donneurs décédés après arrêt cardiaque et respiratoire persistant. Il n'est pas autorisé à pratiquer des transplantations d'organes ou des greffes de tissus. Cette activité est placée sous la responsabilité d'une unité hospitalière de coordination de prélèvements d'organes et de tissus, qui, en relation avec les proches des personnes décédées, organise la réalisation des prélèvements, puis le transport en urgence des greffons vers les hôpitaux où ils seront greffés. Le GHLRRA adhère, depuis 2010 par convention, au programme Cristal Action proposé par l'Agence de la Biomédecine (programme pour le suivi et le développement de l'activité), et s'insère dans le réseau régional de Poitou-Charentes de prélèvements d'organes et de tissus.

Des objectifs sont définis lors des réunions internes de la coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT), présentés en réunions des pôles Urgences-Réanimation et Bloc opératoire, et validés en CME. Dans un contexte de fléchissement de l'activité de prélèvements sur l'établissement, la priorisation de cette activité au même titre que les actes médicaux et chirurgicaux d'urgence est un objectif affiché. Les autres objectifs sont de continuer à sensibiliser tous les partenaires impliqués dans l'activité de prélèvements, de développer la formation des professionnels, et de continuer à sensibiliser le grand public.

Des objectifs pour la CHPOT sont également définis dans le rapport annuel 2018 d'activité, notamment en matière d'actions de communication et de promotion du don d'organes. Une information générale est diffusée à l'ensemble des professionnels de l'établissement, via la revue interne Infopital, annexée aux fiches de paye.

L'ensemble de cette politique a été validé par les instances de l'établissement, dont la CME, et présenté en CDU.

L'établissement a identifié ses besoins avec une approche par analyse de processus, conduite par l'équipe de pilotes, sur la base d'une ancienne cartographie des risques a priori, et en prenant en compte différentes sources de données : résultats de la certification ABM de septembre 2015, indicateurs du programme Crystal Action, signalements d'évènements indésirables, recueil de dysfonctionnements, déclarations de biovigilance BIOVIGIE et déclarations au service régional de régulation et d'appui de l'ABM, statistiques annuelles cornées et tableau de la banque de tissus, autoévaluation en cours,...

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, établi sur la base de ses risques prioritaires présentés dans son compte qualité. Ce plan d'actions est intégré dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020. Les objectifs du plan d'actions spécifique à cette thématique sont la mise en place du programme Cristal action au CH de Rochefort, la formation des nouveaux urgentistes sur la prise en charge de la mort encéphalique, la formation des nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux à l'entretien avec les proches.

Le Comité Sécurité et Qualité des Soins (Comité SQS) a validé, en septembre 2019, le compte qualité, qui hiérarchise les risques sur la base de leur criticité résiduelle, et définit les priorités d'actions à mettre en œuvre dans l'établissement en matière de don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, portant principalement sur l'amélioration du recensement des donneurs potentiels, la formation des professionnels à la recherche de l'opposition au don d'organes de la part du défunt, et sur l'évaluation de l'activité de prélèvements.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis a établi une organisation pour piloter le processus : le médecin coordonnateur de l'activité, médecin réanimateur chef de pôle Urgences-Réanimation et biovigilant, la cadre supérieure du pôle Urgences-Réanimation, et le directeur adjoint en charge de la direction pôles et parcours MCO-HAD, copilotent la thématique « don d'organes et de tissus à visée thérapeutique », avec l'accompagnement et l'appui méthodologique d'un référent identifié de la cellule

Qualité-Gestion des Risques (réfèrent QGdR).

Depuis la précédente visite de certification, et dans le cadre de l'évolution de la gouvernance Qualité décidée fin 2017 par l'établissement, le pilotage des processus a été renforcé, et est composé, a minima, d'un responsable médical, d'un cadre paramédical et d'un membre de l'équipe de direction. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste ou des fiches de missions (de juin 2018 pour les pilotes de processus).

Les pilotes de processus, en groupe de travail accompagné par un membre référent de la cellule QGdR de l'établissement, ont conduit la démarche processus, réalisé la cartographie des risques, défini les risques prioritaires et le plan d'actions associé, qui est établi en lien avec les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020.

L'organisation du don d'organes et de tissus à visée thérapeutique est décrit dans une procédure « coordination du prélèvement d'organes et de tissus » (juillet 2014), et dans le livret d'accueil du patient (document réalisé avec l'avis des représentants des usagers en CDU, et récemment diffusé).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

L'unité hospitalière de coordination des prélèvements est rattachée au pôle Urgences-Réanimation. Elle est composée d'un médecin coordonnateur (PH réanimateur chef de pôle, pour 0,3 ETP sur l'activité de prélèvement), et de 4 IDE coordonnatrices (pour 2,3 ETP sur l'activité de prélèvement). L'effectif des professionnels de la coordination hospitalière et les compétences sont adaptés à l'activité et aux missions. L'activité de prélèvement est en place depuis plus de 20 ans sur le GHLRRA, avec une équipe compétente, motivée et reconnue. L'encadrement paramédical de la coordination est assuré par la cadre supérieure de santé du pôle Urgences-Réanimation, copilote du processus. La coordination est également représentée par une IDE coordonnatrice qui a les compétences de cadre de santé. La validation de la consultation du Registre national des refus est déléguée à l'IDE coordonnatrice de service. Des fiches de poste précisant les missions du médecin coordonnateur et de l'IDE coordonnatrice sont en place.

Le médecin coordonnateur de l'activité est le correspondant local de biovigilance. Une procédure en place précise les missions, les événements à déclarer, le moyen de les déclarer et le circuit d'un signalement. Le circuit de gestion des alertes ascendantes et descendantes est organisé.

Les règles de présence du personnel paramédical de la coordination permettent la continuité du recensement et l'organisation des prélèvements : du lundi au vendredi, l'organisation du planning de coordination permet d'assurer la présence d'au moins une IDE coordonnatrice sur place. Une astreinte est organisée de 18h00 à 8h00 le lendemain en semaine et de 8h00 à 8h00 les week-end et jours fériés. Le médecin coordonnateur est joignable de manière permanente (24h/24) par la coordination hospitalière, en particulier en relais des IDE coordinatrices dans le cadre de la prise en charge des familles de défunts notamment après une procédure de prélèvement. Des réunions de coordination sont organisées régulièrement.

L'activité de prélèvement est transversale et pluridisciplinaire : les services et unités partenaires sont la réanimation polyvalente, l'unité de surveillance continue (USC), les urgences, l'unité neuro-vasculaire (UNV), l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) pour le GHLRRA, ainsi que les urgences et l'unité de surveillance continue (USC) du CH de Rochefort (en direction commune avec le GHLRRA).

La coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) du GHLRRA est en grande partie autonome pour l'organisation du PMO. Les prélèvements de rein sont effectués au bloc opératoire par une équipe interne de 5 urologues, et les prélèvements de cornée dans une salle dédiée à la chambre mortuaire ou parfois au bloc opératoire par une équipe de 8 OPH et internes. Les prélèvements multi-organes sont effectués par des équipes médicales préleveurs-greffeurs extérieures intervenant sur le site.

L'activité de prélèvement d'organes est intégrée, en tant qu'urgence chirurgicale, dans l'organisation du bloc opératoire (règlement intérieur du bloc opératoire), et une salle d'opération particulièrement adaptée est habituellement fléchée pour la réalisation de cette activité.

L'activité de prélèvement de tissus est intégrée dans le fonctionnement de la chambre mortuaire. L'organisation du funérarium permet de réaliser des prélèvements de tissus sans contrainte d'horaires, dans un local spécifiquement aménagé, adapté et conforme aux règles de bonnes pratiques.

Les règles de gestion du don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont définies dans un ensemble de procédures, instructions et modes opératoires, comprenant la gestion des alertes à l'unité de coordination, le diagnostic de mort encéphalique, la recherche des proches, l'entretien avec la famille, la recherche d'une opposition, la gestion d'une opposition, la prise en charge du donneur, la réalisation des prélèvements biologiques et sérologiques, le prélèvement multi-organes au bloc opératoire, le prélèvement de cornées, la restitution tégumentaire et la présentation du corps, le transit des équipes greffeuses et des greffons, l'organisation de la gestion documentaire et la destruction des documents nominatifs, et de nombreux protocoles d'hygiène.

Une organisation est définie pour informer la coordination de la présence de donneur potentiel, et des procédures sont mises en place pour aider les professionnels à leur recensement. Un document triptyque d'aide à la décision médicale est mis à disposition des médecins, urgentistes notamment, dans le but d'

alerter la coordination ou le réanimateur. Des documents d'aide à la décision sont également mis à disposition des réanimateurs et des neurologues.

Des règles de présence et de concertation permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des donneurs. Les interfaces avec les services de l'établissement impliqués dans un éventuel PMOT sont organisées : imagerie médicale, laboratoire de biologie médicale,...

A partir du dossier patient partagé, des règles de gestion du dossier du donneur et d'archivage sont en place, avec check-list pour la réalisation d'un PMO, et check-list pour le classement des éléments à archiver.

Les besoins en dispositifs et matériels médicaux sont évalués, et l'organisation permet la disponibilité au moment du prélèvement, des matériels et produits thérapeutiques annexes.

Un protocole d'accord a été signé en décembre 2012, avec le chef de la circulation aérienne et le directeur de l'aérodrome de La Rochelle, pour le transport d'organes, avec mise en pré-alerte et circulation en zone réservée des personnels et véhicules du service médical.

Dans le cadre du réseau régional de Poitou-Charentes de prélèvements d'organes et de tissus, des réunions trimestrielles de coordination sont réalisées et font l'objet d'un compte-rendu formalisé.

Un comité de pilotage du programme Cristal Action est en place. Il se réunit toutefois irrégulièrement, environ annuellement. Une réunion du comité de pilotage est en projet pour l'intégration du CH de Rochefort.

Des outils de communication sont en place, notamment pour sensibiliser sur les risques identifiés, et en informer l'ensemble des professionnels (traçabilité dans le dossier patient, point en réunion de coordination de l'équipe).

## **D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions adaptés aux besoins de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus, avec sensibilisations et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés. Le GHLRRA étant organisé en pôles, les contrats de pôle comprennent des objectifs généraux et spécifiques pour l'amélioration de la qualité (par exemples, taux de retour des questionnaires de sortie, taux de satisfaction des patients, réalisation d'une enquête annuelle de satisfaction). L'établissement réfléchit à la définition d'objectifs et d'indicateurs de suivi plus pertinents, en lien avec cette thématique pour les prochains contrats de pôle.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du plan portant sur cette thématique (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, état d'avancement).

Les pilotes du processus, avec l'appui des responsables des services et unités partenaires, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment des bonnes pratiques en matière de prélèvement. Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations, dont ils communiquent les résultats aux équipes (par exemple, amélioration du recensement des donneurs potentiels). Les IDE coordonnatrices sont mobilisées dans la sensibilisation des professionnels pour la recherche de donneurs potentiels.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les pilotes du processus, avec la participation des professionnels (par exemple : rappel des règles de préparation des corps).

Pour l'analyse des événements indésirables, le référent QGdR assure le lien entre les pilotes du processus et la cellule QGdR de l'établissement. L'équipe de coordination est associée à l'analyse des dysfonctionnements signalés et à la définition des actions d'amélioration. Un dispositif de retour d'expérience (REX) est mis en œuvre si nécessaire.

Des actions sont également identifiées lors des réunions internes de la coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus (par exemples, mise en place d'une fiche de liaison service de soins – chambre mortuaire, mise en place de documents d'aide à la décision médicale,...).

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs adaptés et formés), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans l'établissement, et plus particulièrement pour assurer la gestion du don d'organes et de tissus à visée thérapeutique.

Le GHLRRA met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés par l'activité de coordination des prélèvements.

Le médecin coordonnateur a bénéficié de la formation Transplant Procurement Management en lien avec l'ABM. Il a soutenu une thèse de sciences ayant pour thème « l'éthique politique et Santé », et participe à

différents groupes de travail de l'ABM.

Les IDE coordinatrices sont toutes formées à l'activité de prélèvement, avec actualisation régulière des connaissances concernant les règles de bonnes pratiques d'ordre éthique, de sécurité sanitaire et de démarche qualité en matière de prélèvement : Séminaire Interrégional sur le Prélèvement et la Greffe (SIPG), Formation Coordination Hospitalière de Prélèvement (FCHP), formations de mise à jour assurées par l'ABM, formations à l'utilisation d'outils informatiques et sur la qualité et la gestion des risques, prélèvements de tissus, entretien avec les proches,...

Les membres de l'unité hospitalière de coordination des prélèvements participent régulièrement à différentes rencontres professionnelles : congrès scientifique Ouest-transplant, journées annuelles Tissus à Paris, journées des coordinations hospitalières de prélèvement, journées de l'association française des coordinations hospitalières,...

Concernant les nouvelles IDE coordonnatrices recrutées, des formations/sensibilisations au processus de gestion de l'activité de prélèvement sont organisées, et leur intégration est prévue avec tuteurage.

Le médecin coordonnateur assure la formation des différents partenaires médicaux et des étudiants en formation. Des formations sont également organisées par la coordination hospitalière de prélèvements à destination des professionnels de l'établissement et des établissements du réseau opérationnel de proximité : par exemple formation des médecins urgentistes du CH de Rochefort.

La coordination hospitalière dispose des outils nécessaires à son activité : postes informatiques avec accès à internet et intranet (annuaire, tableaux de garde, gestion documentaire...), et accès au portail de l'ABM, messagerie interne, sécurisation par mots de passe personnels, sauvegarde régulière des fichiers spécifiques de la coordination, archivage des dossiers de la coordination dans une armoire fermant à clé.

Les responsables de l'établissement ont défini un système de communication des éléments documentaires entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge. Le dossier patient du donneur est partagé entre les différents intervenants.

Des procédures de fonctionnement en mode dégradé sont en place pour les transports, l'utilisation des machines à perfuser les greffons rénaux, ou les besoins en produits thérapeutiques annexes.

Toutefois, le local utilisé pour l'accueil des familles et des proches des personnes décédées n'est pas spécifiquement réservé à cet usage. En effet, pour l'entretien avec les proches, l'équipe de l'unité hospitalière de coordination des prélèvements utilise soit le bureau médical du médecin coordonnateur, soit la salle de réunions du service de réanimation, ou soit le bureau de l'IDE coordinatrice qui dispose d'un espace réservé aux échanges. Ces locaux ne sont pas spécifiquement réservés à l'accueil des proches, mais peuvent être utilisés avec souci de confidentialité et de confort. L'établissement réfléchit à l'affectation ou l'aménagement d'un local dédié exclusivement à cet usage.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (par exemples, fiche sur les modalités de déroulement de l'entretien avec les proches, document sur les règles de bonnes pratiques), des familles et proches du donneur (plaquette de présentation de la démarche de don), et des patients et du public (information sur le don d'organes et de tissus dans le livret d'accueil remis à tout patient admis dans l'établissement, et sur le site internet de l'établissement, campagne d'affichage).

Le médecin coordonnateur de l'activité participe aux travaux du comité d'éthique du GHLRRA (par exemple : « questionnements éthiques relatifs au don d'organes » à l'ordre du jour de la réunion de septembre 2019 du comité d'éthique). Son expertise est également recherchée pour contribuer à des publications et articles de presse (par exemple : article « Don d'organes : faites connaître votre volonté » de la revue Le Particulier en février 2016).

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion du don d'organes et de tissus à visée thérapeutique.

Les entretiens avec les professionnels ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle de cette gestion : les procédures, notamment celles de prise en charge du donneur et de coordination du prélèvement d'organes et de tissus, et celle de fonctionnement en mode dégradé, sont connues et appliquées par les professionnels rencontrés.

Dans les dossiers consultés, la traçabilité des informations est retrouvée, notamment dans la fiche de coordination et de suivi de la démarche, la check-list de réalisation du prélèvement, la fiche de renseignements et antécédents médicaux du donneur, la fiche de débriefing des entretiens avec la famille. Le chirurgien OPH, qui assure le prélèvement de cornées, signe effectivement la sélection du donneur. L'anonymisation des documents accompagnant les prélèvements est respectée.

La coordination hospitalière des prélèvements, très investie dans l'activité, a effectivement tissé des liens avec les équipes médicales et paramédicales des services partenaires. Concernant le recensement des donneurs potentiels, l'IDE coordinatrice est, en grande partie, alertée par les cadres des unités et services (par téléphone et par mail), notamment lors des transferts de corps à la chambre mortuaire. L'IDE coordinatrice est fréquemment présente tout au long du processus d'annonce du décès et du projet

de prélèvement. Les déplacements et interventions de l'IDE coordonnatrice sont tracés. Les proches des personnes décédées sont accueillis par l'équipe de coordination dans un souci de qualité de prise en charge et de bienveillance.

Les plannings de l'unité de coordination, consultés pendant la visite, montrent que le temps infirmier est effectivement dédié à la coordination.

Les objectifs définis lors des réunions internes de la CHPOT et dans le rapport annuel d'activité sont mis en œuvre, particulièrement la sensibilisation, par l'équipe de la coordination, des professionnels des unités et services partenaires, dans la recherche et la gestion des donneurs potentiels.

La politique de promotion du don d'organes et de tissus est mise en œuvre au niveau local, avec journée du don d'organes, campagne d'affichage sur La Rochelle, Rochefort et leurs agglomérations (« nous sommes recyclables »), conférence de presse, débat sur le don d'organes (20 juin 2018), reportage du journal Sud-Ouest (24 h avec la coordination), information des médecins traitants, expositions dans les établissements de santé du territoire,...

Le GHLRRA a mis en place, dans le hall d'entrée de son site principal St-Louis, un lieu de mémoire destiné à l'expression de la reconnaissance aux donneurs, sous la forme d'une vitrine contenant des dessins d'enfants (« un dessin pour dire merci »).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus, avec l'appui de la cellule QGdR, assurent l'évaluation du fonctionnement et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions (comprenant notamment l'amélioration de la gestion du don d'organes et de tissus à visée thérapeutique).

L'établissement assure l'évaluation de cette thématique en suivant les indicateurs d'activité, les indicateurs du programme Crystal Action, les fiches d'appel en astreinte, les refus de prélèvements, le signalement d'évènements indésirables, le recueil de dysfonctionnements, les déclarations de biovigilance BIOVIGIE et les déclarations au service régional de régulation et d'appui de l'ABM, ainsi que les statistiques annuelles cornées et le tableau de la banque de tissus.

Concernant l'activité de prélèvement de cornée, les causes de non-prélèvement (contre-indications, problèmes techniques et de délais, oppositions au don,...) sont analysées par les pilotes du processus, et conduisent, si nécessaire, à des rappels de bonnes pratiques auprès des professionnels de l'établissement. Un suivi des causes de non validation des cornées prélevées est également fait.

L'équipe de coordination des prélèvements organise des rencontres régulières avec les unités et services partenaires, où les résultats sont présentés, discutés en équipe, et conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration (par exemple : fiche de suivi des actions correctives décidées). Un bilan des dysfonctionnements est établi.

L'enquête « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) a été réalisée en 2010 dans le cadre de la mise en place du programme Cristal action. Les résultats ont été analysés et diffusés. L'établissement a programmé une reconduction de cette enquête.

Un bilan annuel de l'activité de l'unité hospitalière de coordination de prélèvements d'organes et de tissus est réalisé, présenté en réunion des pôles Urgences-Réanimation et Bloc opératoire, et validé en CME (février 2019 pour le bilan 2018). Une information générale est également diffusée à l'ensemble des professionnels de l'établissement, via la revue interne Infopital, annexée aux fiches de paye.

L'établissement est engagé dans la réalisation, en 2020, d'un audit qualité de son activité de prélèvements d'organes et de tissus, par le service régional de régulation et d'appui de l'Agence de biomédecine.

## A / AGIR

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

Le plan d'actions spécifique à la thématique « don d'organes et de tissus à visée thérapeutique » est intégré et articulé dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020. Ce plan d'actions est suivi et révisé, si nécessaire, lors des réunions de l'équipe de pilotage. Les pilotes du processus en rendent compte annuellement au Comité SQS et à la CME.

Lors de la visite de certification, les experts-visiteurs ont constaté que les actions définies dans le compte qualité sont engagées et en partie réalisées (par exemples : intégration en cours du CH de Rochefort au programme Cristal Action démontrant l'implication dans un réseau de prélèvement de proximité, recrutement de nouvelles IDE pour la coordination, formations des nouveaux professionnels recrutés et

des nouveaux urgentistes, actions de promotion du don d'organes, participation aux études multicentriques réalisées en réanimation,...).

Suite à la certification ABM de septembre 2015, l'établissement a engagé les plans d'actions portant sur les axes d'amélioration proposés, et poursuit leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation par les pilotes (par exemple, l'archivage des dossiers prend en compte les nouvelles recommandations proposées par l'Agence de la biomédecine, et un projet d'informatisation est en cours).

Afin de développer l'activité de prélèvements d'organes, les pilotes du processus ont réalisé des études de faisabilité du Maastricht 3 (prélèvements d'organes sur donneur décédé après arrêt des suppléances vitales en réanimation), à trois reprises à La Rochelle (2012, 2013, 2016), avant et après la mise en place du programme en France. Ces études concluent d'une part, que le nombre de patients éligibles à cette pratique est extrêmement faible, en lien avec la démographie régionale, et d'autre part, que les procédures de limitation thérapeutique, concédées à la délibération des réanimateurs de l'établissement, sont incompatibles avec les modalités organisationnelles d'une procédure Maastricht 3. Cette pratique nécessiterait également des moyens qui ne sont pas actuellement disponibles : la présence sur site d'un matériel de circulation extracorporelle et d'un opérateur qualifié. Une réflexion est engagée sur la faisabilité d'une telle pratique à l'avenir dans l'établissement.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication sur les actions conduites et sur les résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles et de service, intranet, journal interne Infopital, affichage) et des usagers (notamment via la CDU). La CME est informée de façon régulière concernant les actions de promotions du don d'organes et de tissus.

L'équipe de la coordination hospitalière des prélèvements a prévu de participer prochainement à un débat public, après la représentation théâtrale par Emmanuel Noblet du roman « réparer les vivants » de Maylis de Kerangal, sur la Scène nationale de La Rochelle.

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

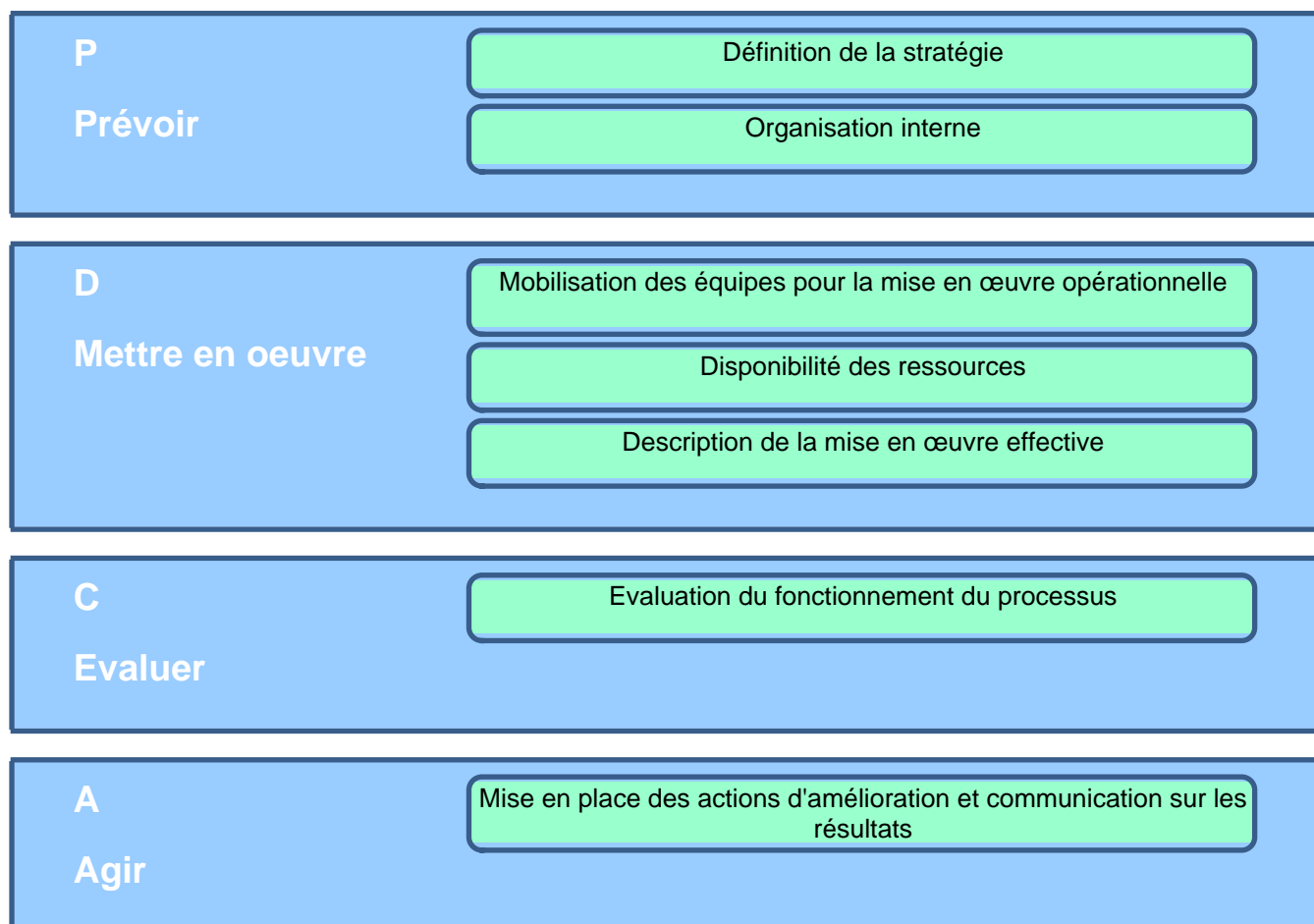
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique







P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, d'une analyse des risques propres à l'établissement, du contexte et des obligations légales et réglementaires. Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis (ci-après dénommé l'établissement ou le GHLRRA) a défini sa stratégie de gestion des équipements et produits au domicile du patient en Hospitalisation A Domicile (HAD), dans son projet d'établissement 2013-2017 prolongé jusqu'en 2019, qui présente un axe prioritaire d' « organiser le parcours du patient ». Cet axe est décliné dans chaque volet du projet d'établissement, dont le projet médical et le projet de soins, et particulièrement dans le programme qualité et gestion des risques 2019-2020, qui fixe comme objectifs d'améliorer le parcours du patient en HAD, en formalisant des circuits d'approvisionnement des médicaments et des dispositifs médicaux (DM), de développer le fonctionnement de l'HAD, et de s'engager en faveur du développement durable pour l'acquisition et la gestion des équipements.

La stratégie de gestion des équipements et produits au domicile du patient en HAD est détaillée dans le règlement intérieur de l'HAD (mai 2018), et dans le projet de service d'HAD, avec projet de développement (validé en avril 2019), établi en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Le service d'HAD s'engage à mettre en place les moyens en personnel et matériel pour donner aux patients les soins en hospitalisation à domicile que leur état nécessite. L'établissement s'est engagé, depuis 2018, dans un projet de développement de son service d'HAD, avec augmentation significative du nombre de patients pris en charge (61 patients suivis par jour en 2017, 68 en 2018, 81 en 2019, et avec un objectif de 100/110 à court terme), et notamment avec de nouveaux modes de prise en charge (chimiothérapie, antibiothérapie).

L'ensemble de cette politique a été validé par les instances de l'établissement, dont la CME, et présenté en CDU.

L'établissement a identifié ses besoins avec une approche par analyse de processus, conduite par l'équipe de pilotes, sur la base d'une ancienne cartographie des risques a priori, et en prenant en compte différentes sources de données : analyse des événements indésirables sur les 3 dernières années, recueil des dysfonctionnements et non-conformités, fiches d'interventions des prestataires à domicile, signalements de matériovigilance, réclamations, satisfaction des patients, enquêtes et audits (par exemples, enquête de satisfaction relative à l'aménagement du domicile, enquête de satisfaction relative aux équipements et matériels mis à disposition, et sur les informations délivrées, audits patient traceur,...), réunions de retour d'expérience sur des événements indésirables graves, et EPP portant sur la conformité des demandes de dispensation de médicaments en HAD.

L'établissement a défini un plan d'actions spécifique à cette thématique, établi sur la base de ses risques prioritaires présentés dans son Compte Qualité. Ce plan d'actions est intégré dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020. Les objectifs du plan d'actions spécifique à cette thématique sont :

- la formalisation des circuits d'approvisionnement des médicaments et des DM,
- l'organisation et la structuration des visites à domicile par les IDE en charge du suivi,
- la formalisation d'un livret d'accueil des professionnels de l'HAD et d'un livret d'accueil à destination des professionnels libéraux,
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des patients et des correspondants externes,
- la traçabilité des formations dispensées aux professionnels libéraux.

Le Comité Sécurité et Qualité des Soins (Comité SQS) a validé, en mai 2019, le Compte Qualité, qui hiérarchise les risques sur la base de leur criticité résiduelle, et définit les priorités d'actions à mettre en œuvre dans l'établissement en matière de gestion des équipements et produits au domicile du patient en HAD, portant principalement sur l'amélioration de la définition des besoins en équipements et produits au domicile, l'amélioration de la connaissance par les professionnels de l'organisation et de la conduite à tenir pour obtenir les équipements et produits au domicile, et la disponibilité et l'accessibilité permanentes d'équipements et produits au domicile conformes aux besoins.

**ORGANISATION INTERNE**

Le Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis a établi une organisation pour piloter le processus : le médecin généraliste responsable du service d'HAD, la directrice coordonnatrice générale des soins, la cadre supérieure de pôle (Neurologie-oncologie-pneumologie-HAD-soins palliatifs-douleur), avec l'appui du cadre infirmier du service d'HAD copilotent la thématique « gestion des équipements et produits au domicile du patient en HAD », avec l'accompagnement et l'appui méthodologique d'un référent identifié de la cellule Qualité-Gestion des Risques (référent QGdR).

Depuis la précédente visite de certification, et dans le cadre de l'évolution de la gouvernance Qualité décidée fin 2017 par l'établissement, le pilotage des processus a été renforcé, et est composé, a minima, d'un responsable médical, d'un cadre paramédical et d'un membre de l'équipe de direction. Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste ou des fiches de missions (de juin 2018 pour les pilotes de processus).

Les pilotes de processus, en groupe de travail accompagné par un membre référent de la cellule QGdR de l'établissement, ont conduit la démarche processus, réalisé la cartographie des risques, défini les risques prioritaires et le plan d'actions associé, qui est établi en lien avec les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020.

L'organisation de l'HAD, ainsi que le processus permettant la mise à disposition de matériels adaptés aux besoins des patients, est décrit dans le règlement intérieur de l'HAD (mai 2018), dans le projet de service d'HAD (validé en avril 2019), et dans le livret d'accueil du patient en HAD (document réalisé avec l'avis des représentants des usagers en CDU, et récemment diffusé).

La Direction de l'établissement, et particulièrement la Direction des soins, sont fortement impliquées dans le projet de développement du service d'HAD : un Comité de pilotage a été créé en 2017, avec un chef de projet (la directrice coordonnatrice des soins), l'organisation de réunions semestrielles avec suivi d'un plan d'actions de soutien et d'accompagnement de l'augmentation d'activité.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

Le service d'HAD du Groupe Hospitalier de La Rochelle Ré Aunis fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire hospitalière assurant un rôle mixte de coordination et de soins.

L'HAD fonctionne du lundi au vendredi (sauf jours fériés) de 8h30 à 18h00. En dehors de ces horaires, une astreinte téléphonique est assurée par une IDE coordinatrice.

L'HAD gère, depuis 2010, un dossier patient informatisé uniquement au sein de ses locaux (situés sur le site Saint Louis). Ce logiciel n'ayant pas d'interface à domicile, un volet papier du dossier patient est géré au domicile du patient hospitalisé en HAD.

Concernant le parcours du patient, la demande d'HAD est établie soit par le médecin traitant sur un formulaire papier transmis soit par mail soit par fax, soit par un médecin hospitalier via Trajectoire. La secrétaire du service d'HAD enregistre ensuite les données administratives du patient et rattache dans le DPI les derniers comptes rendus du patient.

La demande est ensuite évaluée par une infirmière de projet, un médecin coordonnateur et par une assistante sociale pour l'ensemble des prises en charge palliatives et pour les situations complexes. Toutes ces évaluations sont saisies dans le DPI. Une réponse est alors donnée au prescripteur quant à la faisabilité de l'admission en HAD (information orale et réponse dans Trajectoire).

Au regard du projet de soins, l'infirmière recherche et planifie l'intervention des professionnels libéraux (infirmiers, kiné, orthophonistes,...), prépare le plan de soins, commande les médicaments et dispositifs médicaux auprès de la PUI et le matériel auprès des sociétés prestataires. La date d'admission est validée après recueil du consentement du médecin traitant par le médecin coordonnateur. Toutes ces actions sont tracées dans le DPI. Un lien avec le SAMU-Centre 15 est systématiquement fait avec identification du patient comme patient remarquable, transmission d'un dossier papier et autorisation d'un accès au DPI.

Des règles de gestion des équipements et produits au domicile du patient sont définies dans un ensemble de procédures, instructions et modes opératoires, comprenant la dispensation des produits et DM pour l'HAD avec logigrammes concernant le circuit des médicaments, le circuit des DM et des solutés, et le circuit des rajouts (octobre 2018), complété d'un référentiel sur le circuit des médicaments et DM (octobre 2019), la prise en charge des patients hospitalisés à domicile à haut risque vital (octobre 2015), un guide bonnes pratiques concernant les chimiothérapies en HAD (mai 2018), et de nombreux protocoles d'hygiène en HAD.

Les besoins en dispositifs et matériels médicaux sont évalués lors de la préadmission (étude du projet), et ensuite réévalués régulièrement au domicile du patient. Ces besoins sont en partie gérés directement en interne par l'établissement, et en partie assurés par des prestataires sous contrat. Des conventions sont formalisées avec des sociétés prestataires, qui assurent des astreintes opérationnelles en fonction de leur criticité, et interviennent si nécessaire au domicile des patients. La PUI du GHLRRA délivre, hors cas d'urgence, les médicaments et dispositifs médicaux administrés aux patients en HAD, qui sont acheminés au domicile par les équipes de l'HAD de l'établissement.

Le suivi et la coordination de l'ensemble du dispositif sont assurés par le cadre de santé HAD, secondé par l'IDE de projet (pour l'évaluation des besoins), et l'IDE de liaison (pour les commandes et le suivi des approvisionnements). Un relais est assuré 24h sur 24 par l'IDE d'astreinte. Des visites de coordination sont organisées au domicile du patient, en présence des différents professionnels hôpital et libéraux, et prestataires si nécessaire, concernés par la prise en charge. Les missions et responsabilités sont définies dans les fiches de poste des professionnels, ainsi que dans les conventions avec les différents intervenants libéraux et prestataires.

L'établissement a également prévu la procédure de déclaration à l'ARS et à ERDF pour d'éventuels patients à haut risque vital.

Des outils de communication sont en place, notamment pour sensibiliser sur les risques identifiés, et en

informer l'ensemble des professionnels (traçabilité dans le dossier patient, point en réunion hebdomadaire de coordination de l'équipe médico-soignante).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions adaptés aux besoins de la prise en charge des patients en HAD, avec sensibilisations et informations régulières des professionnels sur les différents risques identifiés. Le GHLRRA étant organisé en pôles, les contrats de pôle comprennent des objectifs généraux et spécifiques pour l'amélioration de la qualité, en lien avec la thématique (par exemples, taux de retour des questionnaires de sortie, taux de satisfaction des patients, réalisation d'une enquête annuelle de satisfaction). Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du plan portant sur cette thématique (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, état d'avancement).

Les copilotes du processus, avec l'appui des deux autres médecins du service, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Ils intensifient les actions de sensibilisation des professionnels suite aux évaluations, dont ils communiquent les résultats aux équipes (par exemple, enquête de satisfaction relative aux équipements et matériels mis à disposition). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ces actions sont identifiées par les copilotes du processus, avec la participation des professionnels (par exemple : dysfonctionnements, réclamations, EI, délais de prise en charge en astreinte,...).

Pour l'analyse des EI, le référent QGdR assure le lien entre les copilotes du processus et la cellule QGdR de l'établissement. Concernant les non-conformités avec la PUI, une réunion hebdomadaire a été mise en place avec les responsables HAD et PUI, pour une analyse commune des dysfonctionnements signalés via un tableau informatisé partagé. Un dispositif de retour d'expérience (REX) est mis en œuvre si nécessaire.

Des actions sont également identifiées lors des réunions hebdomadaires de coordination et des réunions mensuelles de l'ensemble de l'équipe des professionnels de l'HAD (par exemples, harmonisation d'équipements et de consommables, mise en astreinte d'équipements, formalisation de la vérification du matériel livré, choix de prestataire,...).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs adaptés et formés), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans l'établissement et au domicile des patients. Le GHLRRA met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés, notamment dans l'utilisation des équipements et dispositifs médicaux. Les responsables de l'HAD veillent à l'actualisation des compétences sur l'utilisation des différents matériels et DM, notamment des intervenants libéraux. Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants au processus de gestion des produits et équipements au domicile des patients sont organisées avec tuteurage.

Afin d'accompagner le développement de son service d'HAD, l'établissement a réalisé une réorganisation et un agrandissement de ses locaux, et une augmentation du parc automobile avec aménagement de véhicules. Les locaux du service d'HAD sont fonctionnels, proches de la PUI, avec une zone logistique très optimisée.

Le matériel est acheminé au domicile dans des caisses sécurisées identifiées par patient. Le stockage des médicaments et consommables est réalisé dans des boîtes sécurisées au domicile des patients.

L'établissement a mis en place une organisation permettant de garantir un approvisionnement en urgence d'équipements ou de produits au domicile des patients, et cas de panne ou de dysfonctionnement.

Des documents d'information sont mis à la disposition des professionnels (par exemples, notices d'utilisation des matériels,...) et des patients et de son entourage (plaquette de présentation de l'HAD remise au patient lors du premier contact, livret d'accueil spécifique HAD récemment diffusé, fiches d'utilisation des équipements et produits, numéros de téléphone pour joindre l'IDE d'astreinte, les prestataires en astreinte,...).

Les responsables de l'établissement ont défini un système de communication des éléments documentaires entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion des équipements et produits au domicile des patients.

Les entretiens avec les professionnels, les patients et leur entourage, et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre

opérationnelle de cette gestion.

Les règles de gestion des équipements et produits sont connues des professionnels et en grande partie appliquées. La réalisation des soins au domicile du patient est, en grande partie, assurée par des professionnels libéraux. Une IDE de soins du service d'HAD est dédiée à la réalisation de certains actes spécifiques, notamment chimiothérapie, et à la formation des professionnels libéraux. Les logisticiens acheminent les médicaments au domicile (dispensation de tous les médicaments et dispositifs médicamenteux effectuée par la PUI selon la procédure « dispensation des médicaments et DM pour l'HAD » V2 de janvier 2018), transportent les prélèvements sanguins réalisés du domicile au laboratoire de l'établissement sur le site Saint Louis, récupèrent les déchets liés aux soins et, en qualité d'aide-soignant, réalisent des évaluations de la douleur et un accompagnement du patient et de son entourage lors de chaque visite à domicile.

Le dossier papier est sous forme d'un classeur au domicile du patient, il comprend une feuille de contact HAD mentionnant les numéros de téléphone utiles, la macro-cible d'entrée et celle de sortie, des feuilles de transmissions et de relevés d'actes de couleurs différentes selon les différents intervenants (médecin, infirmiers, kiné, pharmacie de ville, ...) et des feuilles de commande pharmacie.

L'infirmière de liaison procède à l'installation du patient à son domicile, en coordonnant l'arrivée du transporteur, des équipements et produits nécessaires, et la présence de l'infirmière libérale. Cette infirmière de liaison est responsable de l'organisation des tournées de soins, de la gestion fonctionnelle des aides-soignants, et du suivi de l'équipe de soins. Elle est le support de l'organisation logistique des patients pris en soins.

L'équipe d'aides-soignants réalisent des soins de nursing au domicile de certains patients, et assurent une fonction logistique, avec une tournée des patients pris en soins.

Dans les dossiers consultés, la traçabilité des informations est retrouvée, notamment dans les fiches d'évaluation et les fiches d'inventaire. Les besoins sont effectivement évalués lors de la pré-admission et réévalués au domicile des patients. Les matériels délivrés sont conformes aux commandes et adaptés aux prises en charge.

Les professionnels tracent les dysfonctionnements dans les fiches de signalement des événements indésirables, dont l'analyse est réalisée lors des réunions de la cellule QGdR, et lors des réunions avec les responsables de la PUI, avec organisation si nécessaire du retour d'expérience. De plus, les sociétés prestataires transmettent au cadre de l'HAD des fiches pour tout incident au domicile du patient (7 incidents signalés en 2017, 3 en 2018). Des mesures préventives sont définies et mises en place.

Le système d'information en place permet d'assurer la mise à disposition des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge entre les professionnels hôpital et libéraux. La communication des informations aux professionnels concernés en interne et en externe est effective, en lien avec une organisation permettant la continuité des soins 7 jours sur 7 et 24 h sur 24.

Le patient et son entourage sont informés de la conduite à tenir en cas de panne, et de la gestion des alarmes. Ils préviennent systématiquement l'IDE d'astreinte, qui organise la continuité de la prise en charge en lien avec les professionnels libéraux et les sociétés prestataires.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus, avec l'appui de la cellule QGdR, assurent l'évaluation du fonctionnement et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions (comprenant notamment l'optimisation du fonctionnement du processus et de la gestion des stocks).

L'établissement assure l'évaluation de cette thématique en suivant les dysfonctionnements et non-conformités, réclamations, événements indésirables, fiches d'interventions des prestataires à domicile et fiches d'incidents, signalements de matériovigilance, fiches d'appel en astreinte, et en conduisant des enquêtes et audits internes (enquête de satisfaction relative à l'aménagement du domicile, enquête de satisfaction relative aux équipements et matériels mis à disposition, et sur les informations délivrées, audits patient traceur).

L'établissement a réalisé, en septembre 2016, un audit du fonctionnement de l'HAD, qui a conduit à la définition de documents pertinents à remettre au patient ou à sa famille (plaquette de présentation de l'HAD, livret d'accueil, règlement intérieur, et documents à remettre à la sortie du patient).

Les responsables du service d'HAD organisent également des rencontres régulières avec les sociétés prestataires, qui conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration (par exemple : fiche de suivi des actions correctives décidées). Un bilan des dysfonctionnements est établi.

Un rapport annuel d'activité du service d'HAD est élaboré, présentant notamment le bilan des actions d'amélioration sur la gestion des équipements au domicile du patient, et sur la sécurisation du circuit du médicament.

Les bilans de satisfaction des patients, qui sont très positifs, participent à l'évaluation du dispositif. Les rapports d'activité de la CDU attestent de l'analyse et de la prise en compte des réclamations des patients

concernant cette thématique.

## A / AGIR

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

Le plan d'actions spécifique à la thématique « gestion des équipements et produits au domicile du patient en HAD » est intégré et articulé dans les objectifs du programme qualité et gestion des risques 2019-2020. Ce plan d'actions est suivi et révisé, si nécessaire, lors des réunions de l'équipe de pilotage. Les pilotes du processus en rendent compte annuellement au Comité SQS, à la Commission des soins et à la CME.

Ils a pu être constaté que les actions définies dans le compte qualité sont engagées et en partie réalisées (par exemples : formalisation des circuits d'approvisionnement des médicaments et des DM, formalisation de l'organisation des visites de suivi à domicile, élaboration d'une maquette de livret d'accueil des professionnels de l'HAD, réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des patients, traçabilité des problèmes rencontrés par les libéraux et des actions décidées, organisation de formations dispensées aux professionnels libéraux,...).

Suite aux observations et écarts de la précédente visite de certification portant sur la thématique « gestion des équipements et produits au domicile du patient en HAD », le GHLRRA a engagé des actions d'amélioration, et poursuit leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation par les pilotes : le dispositif de signalement des événements indésirables est opérationnel, avec retour d'information au déclarant, et les valisettes scellées pour transport des stupéfiants sont en service.

De plus, suite aux évaluations, si nécessaire des actions d'amélioration immédiates sont définies et mises en œuvre (par exemple, remplacement de matériel ou de produit défectueux).

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication sur les actions conduites et sur les résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (réunions institutionnelles et de service, intranet, journal interne Infopital, affichage) et des usagers (notamment via la CDU). La CDU est informée de façon régulière sur l'évaluation des fonctions logistiques au domicile du patient et des actions mises en œuvre.