



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



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

Rue du docteur schweitzer  
17000 La Rochelle  
JUILLET 2021

# 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>	12
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	13
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	18
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	24

# 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	170017693	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	Rue du parc 17410 Saint-Martin-De-Re
Etablissement de santé	170791321	USLD LA ROCHELLE - FIEF DE LA MARE	Lieu dit fief de la mare 17138 Puilboreau
Etablissement de santé	170017701	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP/ CAMPEA	30 rue paul rouvier 17700 Surgeres
Etablissement de santé	170017586	CH LA ROCHELLE- APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	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	170017552	CH LA ROCHELLE-CSJ 17G01	5 rue de montreal 17000 La Rochelle

Etablissement de santé	170019921	CH LA ROCHELLE-CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT	49 rue thiers 17000 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	170000087	GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE AUNIS	Rue du docteur schweitzer 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017784	CH LA ROCHELLE-CMP/CATTP	Le cap – rue du docteur roux 17320 Marennes
Etablissement de santé	170017594	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR L EMBELLIE 17G03	22 rue des sauniers 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017651	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR GERONTO-PSY	Lieu dit fief de la mare 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017776	CH LA ROCHELLE-CMP/CATTP	L'estran – rue carinena 17310 Saint-Pierre-D'Oleron
Etablissement de santé	170000111	CENTRE HOSPITALIER SAINT HONORE	53 rue de l'hopital 17410 Saint Martin De Re
Etablissement de santé	170017727	CH LA ROCHELLE-CMP/CATTP	35 avenue du general de gaulle 17230 Marans
Etablissement de santé	170017834	CH LA ROCHELLE-CMP	Boulevard joffre 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017875	CH LA ROCHELLE-CATTP	10 rue alphonse baudin 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	170017685	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR UPEA 17I01	208 rue marius lacroix 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017800	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	Avenue de beligon 17300 Rochefort
Etablissement de santé	170786388	CH LA ROCHELLE-HOPITAL DE JOUR UPEA 17I01	Rue du docteur peltier 17300 Rochefort
Etablissement de santé	170017842	CH LA ROCHELLE-CAMPEA	Rue du docteur pelletier 17000 Rochefort
Etablissement de santé	170784110	CH LA ROCHELLE-MOYEN SEJOUR PERSONNES AGEES	Lieu dit fief de la mare 17138 Puilboreau
Etablissement de santé	170017826	CH LA ROCHELLE-LIEU D'ACCUEIL PSYCHO	Allée des combes 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170017750	CH LA ROCHELLE- CMP/CATTP	1 rue paul gaugin 17000 La Rochelle
Etablissement de santé	170782981	HOPITAL MARIUS LACROIX	208 rue marius lacroix 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	Biologie médicale depuis 2017
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient  
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance  
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

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
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
FONCTIONS SUPPORTS

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

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

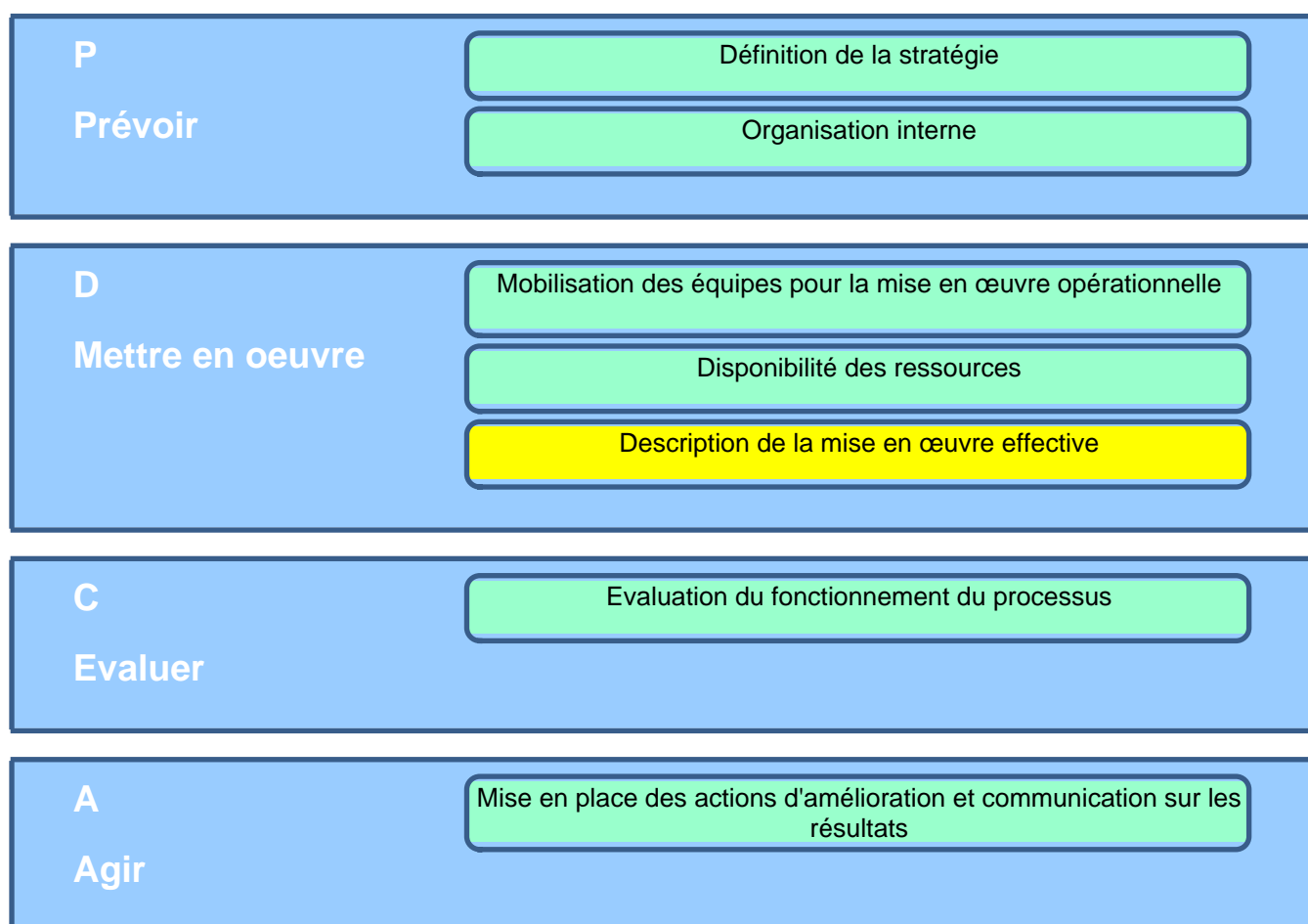
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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 CH La Rochelle Ré Aunis a défini une politique qualité de la prise en charge médicamenteuse portant sur 3 axes :

- Développer la culture qualité et gestion des risques auprès des professionnels, avec et pour les usagers du système de santé.
- Maîtriser toutes les étapes de la prise en charge des patients.
- Sécuriser les pratiques professionnelles.

3 axes prioritaires sont ainsi définis :

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient, en priorisant les actions sur les patients fragiles (sujet âgé) et les médicaments à risque.
- Améliorer les compétences professionnelles en facilitant l'accès aux informations et en s'assurant du respect de la réglementation.

- Développer une culture qualité et gestion des risques associée à la prise en charge médicamenteuse en sensibilisant et en impliquant chaque professionnel à travers entre autres la formation et l'amélioration de l'exhaustivité du recueil des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.

Ces données ont été validées par le COMEDIMS, et sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques 2021-2022.

Une identification des risques a été réalisée prenant en compte les données issues de la précédente certification, le suivi du CAQES, le signalement des événements indésirables, les résultats des évaluations (audits, IQSS, EPP...), ainsi que la réglementation.

En lien avec les risques identifiés, un plan d'action est décliné, validé par le COMEDIMS et articulé avec le programme institutionnel. Les responsables des actions sont identifiés, les échéances et les mesures de suivi définies. Les actions prioritaires sont intégrées dans le compte qualité. Ce programme a été validé en conseil de surveillance fin mars et présenté en comité sécurité et qualité des soins, en directoire, en CME, et en CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place le pilotage du processus du circuit du médicament. Il est assuré par la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), qui fixe les objectifs prioritaires et le programme d'action ainsi que les indicateurs de suivi. Ces objectifs sont validés par le comité sécurité et qualité des soins (SQS).

La composition du COMEDIMS est définie, associant pharmaciens, préparateurs en pharmacie, la direction des soins et l'encadrement, ainsi que des médecins référents par pôle et la direction qualité.

Une pharmacienne assure les missions de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse depuis février 2012. Ses rôles et missions sont définies. Elle pilote également un comité opérationnel pour la mise en œuvre et le suivi des différentes actions définies. Il est composé de 2 cadres supérieurs de santé (pôles médico-technique et médecine gériatrique SSR), du directeur qualité et d'un ingénieur qualité référent du pôle médico-technique.

Il existe un organigramme de la pharmacie. La permanence pharmaceutique est assurée.

Des référents médicaux par service et ou par pôle, ainsi que des pharmaciens référents par service sont identifiés.

Un référent antibiothérapie est identifié (« trio pharmacien infectiologue biologiste »), ainsi qu'un référent sur les prescriptions pour les personnes âgées.

Des formations sont prévues en interne : formation des nouveaux arrivants, formation des internes chaque nouveau semestre, formations institutionnelles sur la iatrogénie médicamenteuse, sensibilisation des professionnels dans le cadre de la semaine nationale de la sécurité des patients (chambre des erreurs, bloc des erreurs...).

Un manuel qualité est en place depuis le 6 mai 2021, s'appliquant à l'ensemble du circuit du médicament : prescription, dispensation, administration, suivi et réévaluation. Il précise les procédures et mode opératoires qui sont accessibles sur la gestion documentaire de l'établissement : prescription de médicaments chez la personne âgée, circuit du médicament en HAD, gestion du traitement personnel du patient.... En lien avec les risques identifiés lors de la précédente visite de certification, un document décrit les règles de prescription, ainsi que les règles d'administration médicamenteuse, les règles d'identification des médicaments injectables, ainsi que la gestion des piluliers. Une liste des médicaments à risque est validée par le COMEDIMS. D'autres documents sont également disponibles, comme un livret d'antibiothérapie.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires au fonctionnement de la pharmacie, des unités de soins et des services médico-techniques sont définis. En lien avec les risques identifiés, une sécurisation des armoires à pharmacie des services a été mise en place, ainsi que des supports pour le rangement des gaz médicaux.

Les locaux de la PUI sont au RDC et au premier étage sur le site Saint Louis, avec une antenne sur le site

de Saint Martin de Ré. L'accès à la pharmacie est sécurisé, avec des zones dédiées au stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés, une zone de livraison, des bureaux, ainsi qu'une zone dédiée à la rétrocession. La PUI est également équipée d'un robot de distribution. L'URC est située au 3ème étage sur le site de Saint Louis.

La prise en charge médicamenteuse est informatisée à 92% des lits, à partir du logiciel institutionnel. Certains secteurs disposent d'un logiciel métier (urgences, dialyse, chimiothérapie, bloc opératoire, SSR, EHPAD, HAD). Afin de faciliter leur signalisation, le paramétrage du logiciel permet l'identification des médicaments à risque à l'aide d'un astérisque. Pour les services non informatisés (Hôpital de jour, Hôpital de semaine pneumologie, UHCD, réanimation, unité de chirurgie ambulatoire), un support unique de prescription administration est disponible. Un logiciel permettant l'amélioration des prescriptions et de l'administration médicamenteuse en HAD a été acquis par l'établissement et sera déployé le 6 juin 2021.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Afin d'organiser au mieux la mobilisation des équipes et la déclinaison des risques sur le terrain, le groupe de pilotage du circuit du médicament a mis en place un groupe soignant sur la prise en charge médicamenteuse, composé d'un cadre et d'un référent IDE par pôle, ainsi que des préparateurs en pharmacie et du groupe de pilotage. Ce groupe se réunit mensuellement depuis décembre 2020, et a permis notamment de sensibiliser les professionnels sur les médicaments à risque, les bonnes pratiques de préparation et d'étiquetage des médicaments injectables ainsi que l'uniformisation de la préparation des médicaments sous forme orale (gestion des piluliers). Des réunions spécifiques sur le secteur salle de naissance, l'HAD et la pharmacie ont été organisées afin d'assurer le suivi des dysfonctionnements.

Les professionnels des différents secteurs sont sensibilisés de manière régulière via l'encadrement, les référents pharmacie, les préparateurs en pharmacie et les pharmaciens sur les risques et objectifs institutionnels. Le bilan annuel du COMEDIMS est présenté en CME et à l'encadrement via la direction des soins.

Les professionnels sont impliqués dans le signalement des événements indésirables (EI) qui est connu des professionnels, ils sont également impliqués dans les actions d'amélioration (travail des référents sur le choix et le contenu des étiquettes des injectables). Sur l'URC, les professionnels pharmaciens et préparateurs en pharmacie sont également impliqués sur les risques et actions d'amélioration via la certification ISO 9001, en place depuis 7 ans. Le suivi annuel des EI est assuré via le COMEDIMS (typologie, répartition par service, par catégorie déclarant et par gravité). Des analyses des causes profondes sont en place associant les professionnels et la pharmacie.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles tant au niveau de la pharmacie que des unités de soins permettent d'assurer l'organisation définie pour la prise en charge médicamenteuse. Les prescriptions sont assurées par les médecins, les internes après formation et les sages-femmes (liste de médicaments autorisés). Les IDE et sages-femmes sont en charge de l'administration médicamenteuse. La permanence pharmaceutique est organisée, les pharmaciens sont présents sur les sites de Saint Louis et Saint Martin du lundi au samedi midi, avec une astreinte la nuit et le week-end pour répondre aux demandes urgentes.

Un organigramme de la PUI définit les rôles et responsabilités relatives aux activités ainsi que les référents par site. Les locaux de la PUI sur le site de Saint Louis sont au RDC et au premier étage de Saint Louis, avec une antenne sur le site de Saint Martin de Ré. L'accès à la pharmacie est sécurisé, avec des zones dédiées au stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés, une zone de livraison, des bureaux, ainsi qu'une zone dédiée à la rétrocession. La pharmacie dispose d'un robot de distribution globale.

Les locaux de l'unité de reconstitution des cytotoxiques (URC) sont neufs (octobre 2020). Ils sont situés au 3ème étage, à la verticale du service d'oncologie et de l'hôpital de jour d'oncohématologie. Ils disposent de 3 isolateurs 2 places et d'une hotte à flux laminaire. 30000 préparations annuelles sont réalisées.

L'accès à la pharmacie des deux sites et à l'URC est sécurisé.

Les salles de soins sont équipées d'armoires de stockage des médicaments (per os, injectables) sécurisées par des digicodes, permettant également le stockage des stupéfiants (coffre sécurisé). Des affiches rappelant les principaux médicaments à risques sont présentes dans les salles de soins. Sont également disponibles des réfrigérateurs permettant le stockage des médicaments thermosensibles. Des chariots de distribution sécurisés permettent le stockage des piluliers, des préparations pour les injectables et sont munis d'ordinateurs permettant la visualisation des prescriptions et la traçabilité de l'administration. Des postes informatiques en nombre sont disponibles dans les unités de soins pour les prescriptions et l'administration des médicaments. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux est organisé entre la pharmacie et les unités de soins ou les autres sites. Des obus à oxygène sécurisés sont présents notamment en SSPI, bloc opératoire, urgence, médecine polyvalente post urgence.

Le manuel qualité ainsi que l'ensemble des procédures sont accessibles sur la base documentaire. Un



guide d'aide à la prescription des sujets âgés est également à disposition, ainsi que la base Vidal. La liste des médicaments à risque est également accessible sur la base documentaire.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont informatisées dans la majeure partie des unités de soins sur le logiciel dédié, avec des logiciels métiers pour les chimiothérapies, le service des urgences, la dialyse. Sur le SSR de Marlonges un logiciel distinct est disponible. Pour l'HAD le logiciel spécifique permettant la centralisation des prescriptions (recueil de la totalité des ordonnances des patients et synthèse réalisée par le médecin coordonnateur) et la traçabilité médicamenteuse par l'IDE libéral en temps réel sera mis en place le 8 juin 2021. Dans les services non informatisés, la prescription - administration est réalisée sur un support unique.

En lien avec les risques identifiés et l'organisation prévue, il a été constaté lors des investigations terrains de toutes les prises en charge, la continuité de la prise en charge médicamenteuse notamment lors du transfert de patient en provenance des soins critiques (passage de prescription support papier au support informatisé), le médecin du service réalise les prescriptions sur le support informatisé dès l'entrée du patient. Aux urgences, le logiciel métier est interfacé avec le logiciel institutionnel.

L'analyse pharmaceutique est en place de niveau 2 pour les médicaments à risque et pour les services en dispensation individuelle nominative.

Une délivrance individuelle nominative est en place en oncologie, en diabéto-néphrologie, en médecine polyvalente, en gériatrie, en hépato gastroentérologie, ainsi qu'en SSR et en USLD. La délivrance est nominative pour les médicaments à risque et globale pour le reste des services, via une dotation spécifique pour chaque service, elle est réévaluée à fréquence définie.

Une conciliation médicamenteuse d'entrée est en place aux urgences adulte pour une typologie de patient définie (personne âgée hospitalisée), en chirurgie orthopédique et urologique et en hôpital de semaine de cardiologie.

Le stockage et le rangement des médicaments sont réalisés selon les services par une IDE avec un système de plein vide sur 2 casiers. La préparation des piluliers est réalisée pour 24 heures, par une IDE ou un préparateur en pharmacie selon les unités de soins et l'organisation définie. Le suivi de la température des réfrigérateurs est assuré, avec pour certains (URC, PUI) un report d'alarme. Cependant, ces opérations de traçabilité ne sont pas réalisées de manière exhaustive car en salle de naissance, les températures du réfrigérateur à médicament sont tracées de manière très irrégulière : 9 températures sont relevés entre le 7 janvier et le 7 mars, ce d'autant que d'importantes variations de température sont enregistrées (allant de 0 à 9°C du jour au lendemain). Ce risque a été identifié, une commande a été passée pour changer ce dispositif.

L'administration et la traçabilité inhérente est réalisée conformément à l'organisation prévue, comme constaté lors des investigations terrains (médecine, chirurgie, salle de naissance, psychiatrie, SSR, USLD). Les traitements per os sont préparés dans des piluliers identifiés au nom du patient pour une durée de 24h. La préparation des médicaments injectables (perfusions, pousse seringue, PCA, nutrition entérale...) est réalisée au plus près de l'administration, dans la salle de soin et respecte les bonnes pratiques d'identification grâce à un étiquetage institutionnel. Ces préparations sont réalisées au regard de la prescription médicamenteuse ainsi que l'administration et la traçabilité, sur les supports dédiés et en temps réel.

Toutefois, l'administration médicamenteuse n'est pas conforme dans tous les secteurs. Il a été constaté lors des investigations terrain en USLD (site de Puilboreau) que l'IDE réalisait la traçabilité de l'administration des médicaments vers 16h, avant l'administration médicamenteuse réalisée par l'aide soignante, non habilitée à cette tâche, au moment de la distribution des repas. Cette pratique est habituelle dans ce service, en raison de la présence d'un seul IDE pour 46 patients, ne permettant pas d'effectuer la traçabilité après l'administration conformément aux bonnes pratiques. Elle expose le patient à un risque d'erreur médicamenteuse. Il a été expliqué aux experts visiteurs que toutefois, si un médicament n'était pas administré, une modification de la traçabilité était réalisée postérieurement par l'IDE. Ce risque est connu des professionnels, notamment de l'encadrement, bien que non inscrit dans le compte qualité, et il est prévu (projet validé par l'EPRD) de mettre à disposition un préparateur en pharmacie par jour, en charge de la préparation des piluliers, de la gestion des armoires de médicaments, des stupéfiants, des commandes, du suivi des dotations, afin de laisser du temps disponible aux IDE pour se recentrer sur ses fonctions, dont la traçabilité après administration médicamenteuse.

En URC, les professionnels respectent les procédures et protocoles prévues à l'aide du logiciel métier dédié. Outre les doubles contrôles des préparations, une procédure de contrôle via une méthode d'intelligence artificielle est assurée pour toutes les préparations réalisées. La délivrance des chimiothérapies est uniquement destinée à l'établissement. Récemment l'URC a mis en place la préparation unitaire des seringues de vaccin antiCovid assurée par des préparateurs en pharmacie, sécurisée via la méthode d'intelligence artificielle, seringues préparées 3 fois par jour et destinées au centre de vaccination du site de Saint Louis.

Les interfaces entre les différents services sont opérationnelles.

La COMEDIMS se réunit à fréquence régulière 5 fois en 2019, deux fois en 2021, comme en attestent les compte rendus.

Les observations terrains ont permis de confirmer la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Les prescriptions sont réalisées par les professionnels habilités (médecins, interne, sage-femme sous

condition) sur le logiciel dédié institutionnel ou métier ou sur support papier. Ils ont à disposition des liens d'aide à la prescription et d'autres documents d'aide comme pour la personne âgée. L'évaluation du traitement personnel est pris en compte. Les traitements médicamenteux de sortie sont intégrés dans la lettre de liaison et l'ordonnance est remise au patient.

La traçabilité de l'administration médicamenteuse est effective en temps réel, y compris pour les non administrations à l'exception des prescriptions conditionnelles non administrées selon les modalités définies dans la procédure institutionnelle.

## **C / EVALUER**

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

Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est assuré en cohérence avec le CAQES (données 2020 disponibles). L'établissement a participé au recueil des IQSS sur la lettre de liaison de sortie en 2019, ainsi qu'en 2020 (non obligatoire en raison de la crise sanitaire). D'autres évaluations sont également réalisées:

- une EPP sur la préparation des injectables en mai 2021,
- un audit Concomred sur la conformité des piluliers (identification patient / concordance prescription-pilulier / identification des médicaments) en février 2020,
- un audit sur l'administration médicamenteuse en suites de couches,
- une évaluation de l'efficacité et de la mise en œuvre du bon étiquetage des injectables,
- le suivi des non-conformité en HAD,
- une évaluation sur les médicaments inappropriés chez la personne âgée.

Un tableau de bord centralise les évaluations et permet d'assurer leur suivi, il est mis à jour annuellement.

## **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 identifiés, concernant : la sécurisation des prescriptions et de l'administration médicamenteuse en HAD (mise en place d'un logiciel spécifique interfacé avec le domicile, formation et sensibilisation de l'ensemble des professionnels de l'HAD et les libéraux) ainsi qu'en suites de couches (évaluation, mise en place de protocoles, travail sur l'autonomie des patientes...), la sécurisation des armoires à pharmacie (mise en place de digicodes) et des gaz médicaux (supports de fixation ou rangement appropriés), l'élaboration et la diffusion d'une liste de médicaments à risque, la sécurisation de la préparation et de l'identification des médicaments injectables, ainsi que de l'homogénéisation de préparation des piluliers. Un Manuel Qualité sur le circuit du médicament concernant la PUI et les unités de soins est en place.

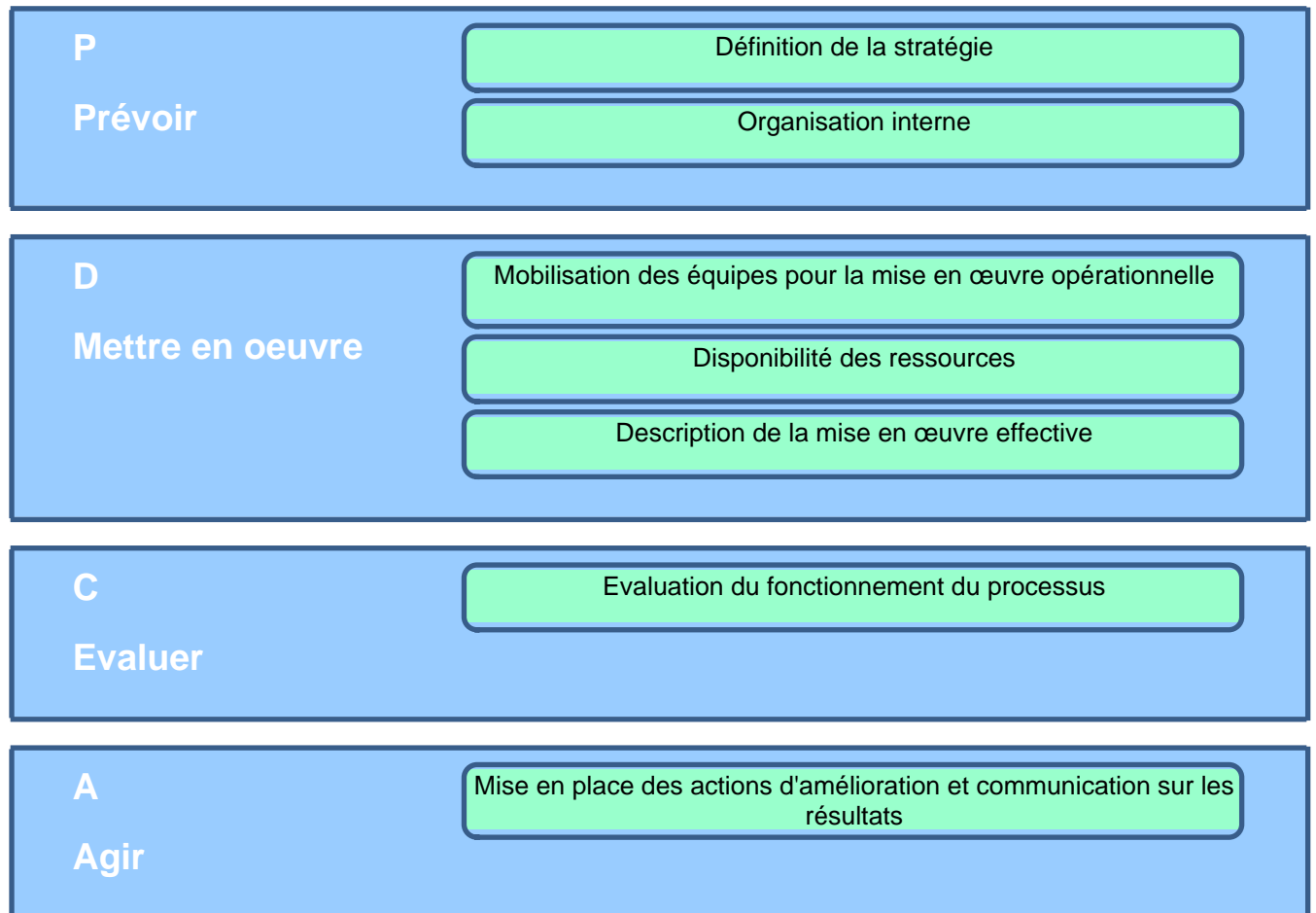
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

Les orientations stratégiques relatives à la prise en charge des urgences et des soins non programmés sont déclinés dans le projet médical partagé 2021 – 2025 du groupement hospitalier de territoire Atlantique 17. Les objectifs visent à :

- améliorer la qualité et la sécurité des parcours patients et fluidifier les entrées non programmées à partir des urgences et en entrées directes,
- consolider le fonctionnement de la Fédération médicale des urgences La Rochelle/Rochefort,
- revoir le dimensionnement architectural des urgences de La Rochelle (projet en cours) et à Rochefort,
- poursuivre l'adaptation des organisations sur les îles aux variations saisonnières d'activité en lien avec l'offre libérale (Ile de Ré et Ile d'Oléron),
- étudier la pertinence d'une structure avancée de petites urgences pour les patients ambulatoires à St Pierre d'Oléron,
- adapter les organisations des urgences, des SMUR et du SAMU aux évolutions attendues suite au pacte de refondation des urgences (vidéo au SAMU, amélioration de la régulation des transports sanitaires, renforcer la sécurité aux urgences, Service d'accès aux soins...).

Le secteur est composé au rez de chaussée d'un service d'accueil d'urgence, du SAMU qui coordonne également le parcours de soin des victimes en situation sanitaire exceptionnelle, du SMUR terrestre et du SMUR maritime. Le secteur pédiatrique est situé au 3ème étage.

Il assure l'accueil et la prise en charge des adultes 24h/24 et également l'accueil, l'orientation et éventuellement la prise en charge des enfants la nuit.

Les risques prioritaires des deux secteurs sont identifiés dans le compte qualité, ils intègrent les écarts liés à la précédente visite de certification (en particulier ceux liés à la prise en charge pédiatrique) et sont alimentés par la gestion des risques a priori et a posteriori (déclaration d'évènements indésirables, RETEX, RMM, débriefings), par les plaintes et réclamations des patients, par l'analyse des pratiques professionnelles. La hiérarchisation tient compte de la criticité et du niveau de maîtrise, elle a été établie par les pilotes, les professionnels de terrain avec l'appui de l'ingénieur qualité affecté au pôle.

Les objectifs définis sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions formalisé et priorisé intégrant les modalités de mise en œuvre et définissant les responsabilités, l'échéancier, les modalités de suivi et l'état d'avancement. Ce programme a été validé en conseil de surveillance fin mars et présenté en comité sécurité et qualité des soins, en directoire, en CME, et en CDU. Il est articulé avec le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage est assuré par le directeur référent, le médecin chef de service, la cadre supérieure du pôle urgences-réa et la cadre supérieure du pôle femme – enfant. Leurs missions sont formalisées dans une lettre de mission institutionnelle et connues par les intéressés. Un ingénieur qualité est référent du pôle, il intervient en appui méthodologique.

Les secteurs de prise en charge sont identifiés concernant les adultes et les enfants, le pilotage institutionnel est commun à ces 2 secteurs.

L'organisation est décrite dans la charte des urgences définissant les responsabilités, les fonctionnements médicaux et non médicaux, les situations d'afflux massif, le fonctionnement des salles de déchoquage, la gestion des matériels, le fonctionnement de l'UHCD ainsi que celui du SAMU – SMUR.

L'activité est de 50 000 passages par an. Elle comporte une filière plateau technique cardio vasculaire, des urgences neuro vasculaires avec thrombolyse, un plateau technique de polytraumatisme de niveau 2. Les prises en charge concernent les adultes, la pédiatrie, la gynécologie – obstétrique, la gériatrie la psychiatrie et la psychiatrie infanto-juvénile. La filière psychiatrique comprend une consultation avancée avec des professionnels médicaux et paramédicaux dédiés présents 24h sur 24.

Les organisations permettent de répondre aux variations d'activité estivales avec l'ouverture de consultations non programmées en juillet et en août au sein de la Maison Médicale de Saint Martin de Ré du lundi au vendredi et avec le secteur libéral le week end.

L'organisation en fédération médicale inter hospitalière au sein du groupement hospitalier de territoire Atlantique 17 permet depuis 2018 la mutualisation des ressources médicales entre le groupe hospitalier de La Rochelle et le Centre Hospitalier de Rochefort, portant ainsi l'effectif à 60 médecins (54 ETP) répartis en 12 lignes médicales quotidiennes et 8 lignes de garde.

Le processus infirmier d'accueil et d'orientation est en place 24h sur 24, il a été renforcé l'après midi par la création d'un poste de médecin régulateur de flux.

Un fonctionnement en trinôme (médecin, IDE, AS) permet de faire face à la prise en charge de l'urgence vitale et aux situations de déchoquage.

En pédiatrie, l'effectif infirmier a été renforcé depuis décembre 2020 permettant une couverture des besoins 24h sur 24.

Un agent de sécurité est présent en permanence.

Les compétences médicales et infirmières spécialisées en psychiatrie et en gériatrie sont présentes, le recours aux avis spécialisés est possible grâce aux internes de spécialités et aux séniors de garde sur place. L'acquisition et l'entretien des connaissances est assuré par le dispositif annuel de formation. Même si la crise sanitaire a limité son déploiement, des formations à la gestion des risques et à l'urgence vitale y compris pédiatrique ont été maintenues. Elles sont renforcées par des exercices de simulation réalisés en interne.

Les locaux des urgences adultes sont actuellement en travaux dans l'objectif de fluidifier le parcours, d'accueillir le bon patient au bon endroit et de diminuer les temps d'attente. Ils disposent d'une entrée spécifique et sont composés de 10 box dont 4 postes de déchoquage et d'une salle d'accueil d'urgence vitale équipée à l'identique d'une salle d'intervention, des bureaux médicaux et soignants, des espaces d'accueil et d'attente, une salle d'imagerie, une salle d'afflux massif (capacité réduite de 15 à 8 lits en raison de la pandémie) permettant de regrouper les patients en attente. L'UHCD de 15 lits habituels a vu sa capacité réduite à 10 lits en raison de la pandémie. Elle comporte un secteur COVID qui intègre une salle de déchoquage.

Le secteur pédiatrique comporte un accueil, un box de 3 postes de soins et surveillance, une salle d'examen médical, une salle de déchoquage qui est actuellement la salle COVID, une chambre de réanimation pédiatrique. Il a fait l'objet de travaux de réhabilitation et a été sécurisé. L'accueil et l'orientation sont réalisés selon le circuit patient debout ou patient couché. Un itinéraire spécifique est réservé aux patients COVID + ou suspects. La journée, la prise en charge des consultations et urgences pédiatriques est réalisée directement en pédiatrie au 3ème étage. La nuit, cet accès est fermé et l'accueil réalisé depuis les urgences adultes. Une signalétique ludique permet aux parents d'accéder au service de pédiatrie.

La gestion documentaire est informatisée et actualisée, elle est accessible dans la gestion documentaire institutionnelle. Elle intègre des procédures organisationnelles et de prise en charge des patients adultes et des enfants, notamment en cas d'urgence vitale. Des échelles de tri des patients à l'accueil permettent d'organiser toutes les prises en charge. La procédure « Hôpital en tension » définit les mesures d'organisation destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Les réunions de gestion de crise sont organisées quotidiennement dans le cadre de la gestion de la pandémie.

Aux urgences adulte, le dossier patient est informatisé, il est en papier en pédiatrie et aux urgences gynéco-obstétricales, exception faite du module de prise en charge médicamenteuse et de la réalisation des compte rendus qui sont réalisés via des logiciels métier spécifiques. Le dossier de régulation médicale est transmis aux urgences par télécommunication. Il comporte l'heure d'appel du SAMU, le 1er appel médical, le bilan et l'identité du transporteur.

Les interfaces sont organisées avec les différents services de l'établissement, avec l'UHCD jouxtant le service des urgences, avec les services d'imagerie et de biologie et avec la cellule d'ordonnancement des lits et avec la cellule d'hygiène apportant son concours pour l'organisation des mesures sanitaires. Un médecin intervient en appui du gestionnaire des lits sur la coordination en aval avec les SSR.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les objectifs du secteur sont déclinés dans le projet de service urgences, UHCD, SAMU, SMUR 2021-2024 et dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des réunions sont régulièrement organisées avec la direction du site de St Louis, les pilotes du processus et la direction qualité et sécurité des soins. L'implication des professionnels est favorisée via la tenue régulière de staffs visant à favoriser la convergence médico-soignante : staff hebdomadaire médical, staff scientifique une fois par mois permettant la mise à jour des connaissances (exemples : traumatologie, psychiatrie, gériatrie) et l'analyse des prises en charge réalisées au sein du service. Des retours d'expérience sont réalisés après simulation de l'utilisation de la salle d'accueil et d'urgence vitale. Les professionnels signalent et déclarent les événements indésirables. Ceux-ci ainsi que les événements positifs sont partagés en équipe lors d'un « café debrief » permettant l'identification d'actions correctives. Les événements indésirables graves associés aux soins sont déclarés sur le portail national, l'analyse associe les médecins libéraux.

Les professionnels médicaux et soignants ont par ailleurs été impliqués dans le projet de travaux.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs nécessaires sont en place pour les secteurs adultes et enfants, ils comprennent des urgentistes dédiés aux secteurs d'urgence ou SAMU – SMUR, un médecin régulateur de flux l'après-midi, des médecins régulateurs libéraux 24h sur 24, des internes de spécialité ou de médecine générale. Une consultation avancée de psychiatrie est possible en permanence au sein des urgences, la psychiatrie dispose de son propre service post urgence de 6 lits avec une IDE dédiée à l'hospitalisation. Les urgences pédiatriques sont prises en charge par le pédiatre de garde et l'IDE dédiée.

Le recours aux avis spécialisés est rendu possible grâce aux gardes de cardiologue, de réanimation, de chirurgie (ORL, orthopédie, viscéral, vasculaire, urologique, maxillo-facial, ophtalmologique,...) de neurochirurgie par l'envoi des images au CHU de Poitiers.

Aux urgences adultes, une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) est présente 24h sur 24, le poste est doublé de 8h à 23h. Une aide-soignante complète le dispositif de 10h à 18h. Les équipes sont organisées en trinôme (médecin – IDE – AS) pour la prise en charge des déchoquages et des urgences vitales. Ces équipes sont définies et désignées à chaque garde. L'organigramme de la salle d'accueil et d'urgence vitale (SAUV) est défini, le médecin leader est identifié et dispose d'un numéro d'appel dédié.

Un recrutement supplémentaire d'IDE permet de prendre en charge les urgences pédiatriques 24h sur 24 depuis décembre 2020.

Les professionnels de ce secteur ont été formés à ce type de prise en charge ciblant particulièrement les bronchiolites.

Concernant le secteur adultes, toutes les IAO sont formées. Le plan de formation prévu a été réalisé. L'entretien des connaissances s'adresse à l'encadrement (formation CREX, RMM et plan blanc pour un cadre de santé) et aux professionnels de terrain (AFGSU, AFGSU spécialisée en situation sanitaire exceptionnelle, pypsothérapie, manutention, gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité, IDE de déchoquage, hygiène). Ce dispositif est complété en interne par la réalisation de simulations et par les staffs réguliers.

Les nouveaux arrivants infirmiers sont affectés en première intention à l'UHCD puis secondairement au service des urgences, ils bénéficient d'un temps de doublure. Les internes bénéficient de cours d'urgence pendant 15 jours et sont systématiquement « seniorisés ».

Les locaux sont en cours ou ont été réhabilités. L'accès au service de pédiatrie a été sécurisée par un digicode et une porte sépare dorénavant le secteur des urgences de l'hospitalisation. Certains sont réservés à la prise en charge des patients COVID. Les équipements sont conformes et adaptés à la sécurisation du type de prise en charge. Leur maintenance est suivie par le biomédical.

La gestion documentaire est à disposition des professionnels, actualisée et connue. Elle comprend en outre le « livret SAUV » qui est un guide pratique définissant les critères d'ouverture de la salle, l'organigramme, les check-list d'ouverture à compléter, les pré requis par catégorie professionnelle, la répartition des tâches et conduites à tenir en cas d'arrêt cardio respiratoire. Le redéploiement des ressources paramédicales en cas de déclenchement de la SAUV est formalisé dans une procédure annexe. L'accueil par l'IAO est détaillé aux urgences adultes et pédiatriques, les échelles de tri et leur interprétation sont formalisées pour les deux secteurs. Les modalités d'interprétation des radiologies standard des urgences par la CGTR sont définies. Une check-list de mutation interne d'un patient vers un autre service a été élaborée en février 2021.

Des procédures décrivent l'organisation de l'équipe de gériatrie aux urgences, la prise en charge des urgences psychiatriques, l'organisation des avis spécialisés en salle d'afflux.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits et organisations définis sont mises en œuvre.

L'accès externe aux urgences est contrôlé par un agent de sécurité qui est en lien avec l'IAO pour l'informer de toute admission prévue. Le contrôle d'identité est réalisé à l'accueil, les patients sont porteurs d'un bracelet.

La gravité est établie et tracée selon la grille CIMU par l'IAO, les délais de prise en charge définis en correspondance aux critères définis et mesurés. Le patient est orienté puis pris en charge par l'urgentiste référent. Cette démarche est identique pour les enfants, l'évaluation des critères respiratoires, hémodynamiques, neurologiques, de température et de douleur détermine l'orientation et les modalités de prise en charge : appel de l'urgentiste et du pédiatre ou transfert en pédiatrie par brancard ou transfert en pédiatrie par les parents. Une IDE présente 24h sur 24 est en charge de l'accueil et de l'orientation, la consultation est réalisée par l'interne de pédiatrie en lien avec le senior de garde.

Une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés dans les secteurs de soins est mise en œuvre pour les personnes âgées et les patients COVID. L'orientation directe dans les services de soins est réalisée par la régulation à partir d'un bilan initial, en soutien avec la cellule d'ordonnancement en charge de la gestion des lits. Cette cellule est ouverte tous les jours entre 9h et 18h, 4 points réguliers sont faits quotidiennement à 6h, 13h, 18h et 21h. Après 21h, cette gestion est assurée par le cadre de nuit pour ce qui concerne les situations complexes. Les professionnels du secteur ont accès à cette planification via un document interne partagé. L'attribution des lits est facilitée par la présence du gestionnaire de lits aux staffs de l'UHCD.

Les patients sont respectés dans leur intimité et leur dignité, ce constat a été fait lors de l'investigation terrain, la salle d'afflux massif est équipée de paravents.

Le dossier patient est informatisé à partir d'un logiciel métier spécifique interfacé avec le logiciel de prescription de l'établissement permettant ainsi la continuité des soins dans les autres services. Aucune prescription médicamenteuse n'est réalisée aux urgences pour les patients de réanimation (service non informatisé) car le délai de prise en charge impose un transfert immédiat dans ce service à l'origine de ses propres prescriptions. Le traitement de sortie ainsi que la lettre de liaison à la sortie sont édités directement depuis le logiciel métier et remise au patient et envoyée au médecin traitant. En cas de transfert ou de mutation vers une autre unité, une lettre de synthèse est rédigée et transmise.

La prise en charge médicamenteuse est sécurisée. Les règles d'hygiène sont respectées.

Les interfaces sont assurées avec le laboratoire de biologie, un pneumatique permet la transmission des demandes, la réception des résultats est informatisée.

Les clichés d'imagerie de type scanner ou IRM font l'objet d'un compte rendu, les clichés standard sont

interprétés ; les modalités d'interprétation applicables depuis le 6 mai 2021 sont les suivantes : les images sont envoyés des urgences vers la plateforme de téléradiologie, l'interprétation est réalisée dans l'heure qui suit la réception, le compte rendu est ensuite saisi, validé puis consultable dans le logiciel.  
Une commission des admissions non programmées est en place, elle est actuellement remplacée par la cellule de crise COVID qui se réunit quotidiennement.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation est assurée par le suivi de nombreux indicateurs aux urgences adultes:

- nombre de patients accueillis,
- nombre de patients de plus de 75 ans,
- délai de prise en charge entre l'accueil par l'IAO et la consultation médicale,
- durée moyenne du passage,
- taux d'hospitalisation,
- nombre de patients partis sans attendre,
- nombre de patients COVID + ou suspects,
- nombre de transferts.

Le nombre de passages jour / nuit est également recensé aux urgences pédiatriques. La charge en soins est évaluée.

Le secteur assure le suivi des déclarations d'évènements indésirables et évalue ses prises en charge par le biais des RMM et des retours d'expérience.

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

Une évaluation de la satisfaction des patients portant sur le temps d'attente avant d'être examiné par un médecin, l'information donnée en cas d'attente prolongée, le temps d'attente avant d'être pris en charge par une IDE, les conditions d'attente et la satisfaction générale de la prise en charge a été réalisée en 2019.

Un bilan d'activité est produit tous les ans.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration ont été mises en œuvre en réponse aux écarts de la précédente visite de certification. Elles portent sur l'exhaustivité de l'identification des risques, intégrant ceux liés à la prise en charge pédiatrique, l'interprétation des clichés de radiologie standard, la création d'un poste d'IDE aux urgences pédiatriques et la mise en application d'une échelle de tri adaptée à cette prise en charge. Les locaux de ce secteur ont été réhabilités et sécurisés. Une signalétique ludique a été installée depuis les urgences adultes jusqu'en pédiatrie.

De plus et en réponse à la crise sanitaire, le secteur a adapté ses organisations et ses locaux aux contraintes de cette prise en charge.

La communication est assurée par la diffusion du bulletin quotidien d'activité du service, lors des temps de "débriefer", des staffs. Au niveau institutionnel, elle est réalisée par la diffusion du journal interne « flash infos ». Les usagers sont informés des plaintes et réclamations.





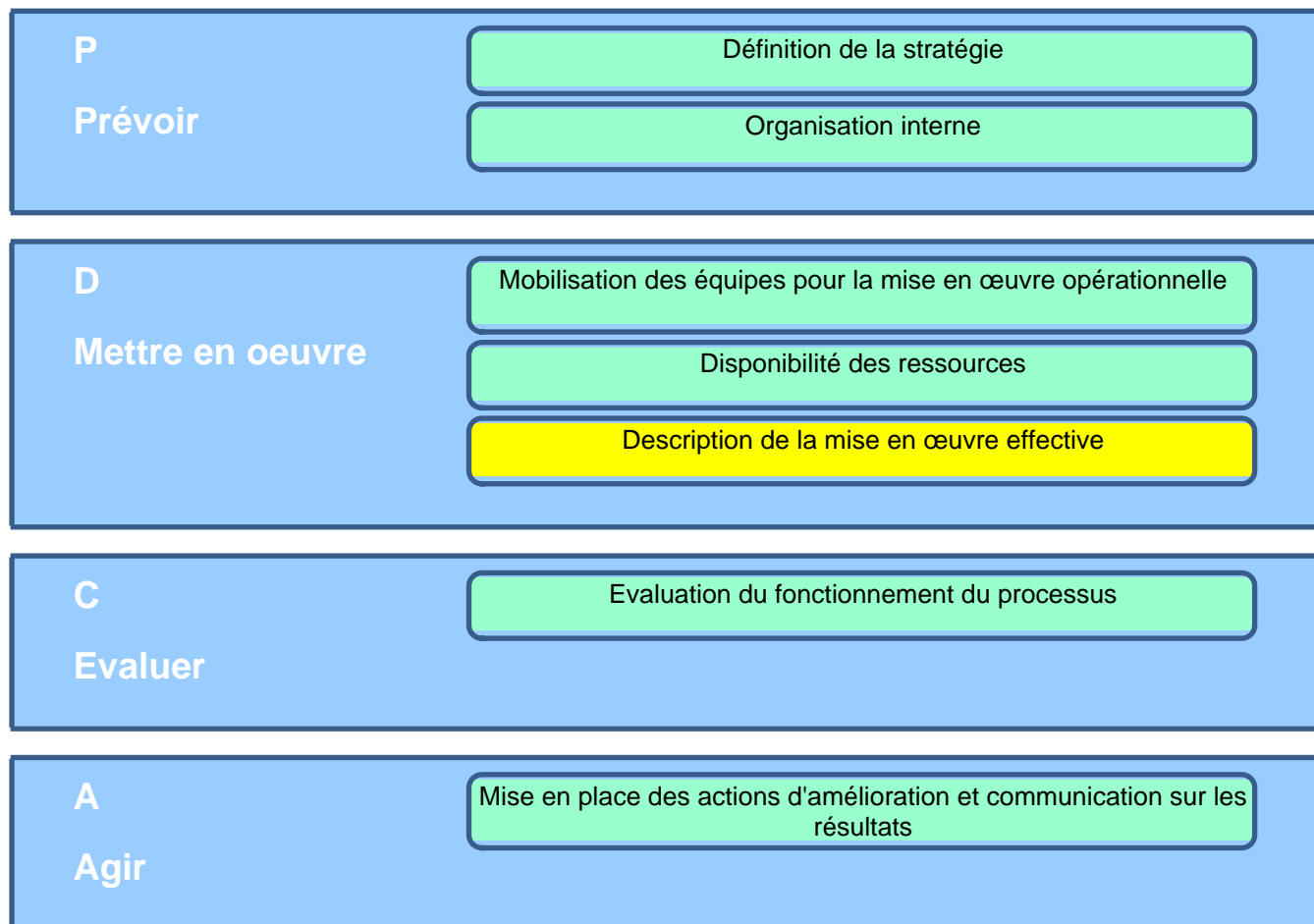
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 La Rochelle - Ré - Aunis est située sur le site de Saint Louis à La Rochelle, elle est de type IIB et a effectué 2200 accouchements en 2020. Le projet médical partagé 2021 – 2025 du Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17 précise les objectifs de la filière périnatalité et définit la collaboration avec la maternité de Rochefort. Par ailleurs, la maternité s'inscrit dans l'organisation du réseau périnatal Nouvelle Aquitaine définissant la graduation de la prise en charge néonatale avec les maternités de type III (CHU de Poitiers et Bordeaux) et de type II (CH de Rochefort, CH de Saintes).

Les risques du secteur naissance ont été identifiés dans une cartographie puis priorisés dans le compte qualité. Ils ont été analysés, hiérarchisés par un groupe de travail rassemblant la direction qualité, les pilotes du processus et la sage-femme coordinatrice de la salle de naissance.

Les données d'entrée utilisées pour l'identification des risques prioritaires prennent en compte les écarts de la précédente visite de certification V2014 d'octobre 2019, les événements indésirables, la réglementation, les plaintes et réclamations, les indicateurs cliniques, les résultats des évaluations internes et les constats de l'audit externe concernant la sécurisation du secteur naissance.

Les risques prioritaires identifiés sont associés à un plan d'actions. Celui-ci est intégré au compte qualité et inclus dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel. Il précise les modalités de mise en œuvre en termes de responsabilité, d'échéancier et de suivi. Ce programme a été validé en conseil de surveillance fin mars et présenté en comité sécurité et qualité des soins, en directoire, en CME, et en CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est défini, il est assuré par le médecin chef de service, la sage-femme cadre supérieure du pôle femme – enfant, le directeur référent du site Saint Louis. Leurs missions sont connues et formalisées dans une « fiche de mission pilote de processus » institutionnelle.

La sage-femme cadre et tous les professionnels du secteur disposent par ailleurs de leur fiche de poste.

A l'issue de la précédente visite de certification, le Centre Hospitalier a passé commande d'un audit auprès d'un consultant externe. Les constats ont étayés les écarts mis en évidence par les experts-visiteurs et déjà connus de l'établissement. Ainsi, dans l'objectif de favoriser le travail en équipe et de manière élargie sur l'objectif de sécurisation de la salle de naissance, l'établissement a mis en place un « groupe managérial » composé de 2 sages-femmes coordinatrices, de 2 gynécologues obstétriciens, de 3 médecins anesthésistes, des cadres IBODE et IADE, de l'ingénieur qualité attaché au pôle, des représentants du cabinet consultant et de la cadre supérieure de santé du pôle des Activités du Bloc Opératoire. Ce groupe a signé une charte d'engagement et a été ensuite décliné en groupe opérationnel dénommé « groupe sécurisation du secteur naissance » en charge de rédiger et valider les procédures prioritaires.

L'organisation du bloc obstétrical est formalisée dans la « charte de fonctionnement du secteur naissance » réactualisée en mai 2021 qui définit les principes de fonctionnement, le rôle et le champ d'action des différents intervenants, les modalités d'accueil et de suivi des patientes, les spécificités de l'activité obstétricale (tenue du dossier obstétrical, logiciels métier, déclaration de naissance et état-civil, contrôles et évaluations, cotation des actes), l'hygiène et la sécurité, les règles de bonne conduite au sein du secteur.

L'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales est réalisé dans un secteur dédié jouxtant le bloc obstétrical avec des ressources humaines spécifiques : sage-femme, aide-soignante, interne, gynécologue-obstétricien.

L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires au bon fonctionnement du bloc obstétrical. Les effectifs médicaux sont conformes aux dispositions réglementaires, ceux des IBODE sont renforcés à compter du 17 mai 2021 afin de sécuriser l'activité du secteur la nuit et les week end par une astreinte sur place. Les obstétriciens et pédiatres sont présents de jour et assurent la garde sur place 24h sur 24. Ce schéma est identique pour l'anesthésiste dédié à l'obstétrique. Il est assisté d'une IADE.

L'effectif des sages-femmes met à disposition tous les jours 3 sages - femmes en garde de 12h, 24h/24, l'une d'entre elles est prioritairement affectée à l'accueil des urgences. La prise en charge des nouveau nés est assurée par 2 auxiliaires de puériculture. Une aide-soignante est également affectée à la prise en charge du secteur des urgences gynécologiques.

L'entretien des compétences est prévu dans le plan de formation qui inclut de manière régulière des axes relatifs à la prise en charge des urgences vitales et à l'arrêt cardio respiratoire, à la réanimation néonatale, à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal, à l'allaitement maternel.

Les nouveaux arrivants médicaux et paramédicaux sont formés par tutorat. Les professionnels bénéficient d'un entretien annuel d'évaluation.

Les locaux, équipements et matériels nécessaires à la surveillance et à la prise en charge materno-fœtale

sont conformes aux exigences. Les maintenances préventives et curatives sont assurées et suivies. Le dépôt de sang d'urgence vitale est situé dans le même bâtiment, un pneumatique a été récemment installé et permet la transmission des demandes à l'EFS situé dans le même bâtiment que la maternité. Une démarche qualité documentée et structurée est organisée mettant à disposition les protocoles dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Le dossier patient permet d'établir la continuité de la prise en charge et sa traçabilité, notamment aux interfaces. Il est commun avec celui de la maternité de Rochefort. Les sages-femmes ont accès au suivi clinique, biologique et échographique de la grossesse ainsi qu'à la consultation d'anesthésie. Le dossier de suivi de la grossesse ainsi que le dossier de soins des suites de couches est en mode papier. Seuls sont informatisés le processus de prise en charge médicamenteuse, l'édition du compte rendu d'accouchement et de la lettre de liaison à la sortie ainsi que la transmission des résultats d'imagerie et de biologie. L'interface est organisée avec la salle de césarienne et facilitée par sa position géographique en continuité avec le secteur naissance, avec le bloc opératoire, la maternité, la néonatalogie, le service d'hygiène et l'imagerie (embolisation).

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le groupe sécurisation du secteur naissance est de composition multidisciplinaire rassemblant les professionnels du secteur naissance, du bloc opératoire et de l'anesthésie (sages-femmes, IADE, IBODE). La création de ce groupe vise à donner de la cohésion et à mettre en lien les différents professionnels de la naissance afin de mieux travailler en équipe pour prévenir et maîtriser les risques et de pérenniser la démarche de sécurisation du bloc obstétrical. La communication est favorisée lors des staffs quotidiens, des staffs mensuels regroupant médecins et sages-femmes, des réunions cadres associant des médecins, des réunions de service et des réunions de coordination médicale. Ces temps de rencontre sont également des opportunités d'information des équipes concernant les décisions du groupe managérial. Les professionnels de terrain sont impliqués par la mise à disposition d'un document de traçabilité des situations à risques par les professionnels permettant de signaler tout dysfonctionnement touchant à l'organisation, à la logistique ou à la communication en complément des déclarations d'évènements indésirables réalisées. Les professionnels sont associés au retour d'expérience hebdomadaire de ces signalements par les cadres du secteur naissance, du bloc opératoire et de l'anesthésie. Un retour est réalisé en direction des professionnels de terrain et aux groupes de travail sécurisation du secteur naissance, notamment lors des staffs. Les professionnels participent par ailleurs aux RMM et CREX.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au bloc obstétrical. L'organisation prévue est mise en œuvre, les gardes des 3 spécialités médicales sont diffusées. Un anesthésiste de garde sur place est dédié à l'obstétrique, l'obstétricien et le pédiatre assurent également la garde sur place. La continuité de la prise en charge des césariennes de nuit sera assurée par une astreinte sur place d'IBODE la nuit, les week-ends et jours fériés à compter du 17 mai 2021. Le déploiement de cette organisation a été présenté en Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail lors de la séance du 27 avril 2021 et en Comité Technique d'Établissement le 28 avril 2021, les comptes rendus de réunion en attestent. L'entretien des connaissances est assuré par la réalisation des formations prévues au plan jusqu'en 2019. En raison de la période de pandémie, toutes les formations prévues n'ont pu être réalisées. Ont été cependant maintenues en 2020 la formation à l'arrêt cardio – respiratoire et à l'analyse du rythme cardiaque fœtal. La gestion documentaire est connue des professionnels et actualisée. Le groupe de travail sécurisation du secteur naissance a contribué à l'élaboration des protocoles obstétricaux concernant l'accouchement gémellaire par voie basse, l'accouchement en présentation du siège, la césarienne non programmée en urgence (code rouge, code orange ou vert), la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, la prise en charge de l'éclampsie, la surveillance post césarienne en SSPI. Une fiche de surveillance spécifique de l'hémorragie de la délivrance a été élaborée et diffusée. Un numéro unique d'appel a été mis en place permettant de joindre de manière concomitante tous les professionnels concernés en cas d'urgence notamment de césarienne code rouge. Les équipements et locaux sont quantitativement conformes aux exigences. Le secteur dispose de 5 salles de travail (dont une équipée pour la réalisation d'une césarienne en urgence vitale venant suppléer la salle de césarienne en cas d'occupation), de 4 salles de pré travail (dont une physiologique), d'une salle de réanimation néonatale pourvue de 3 tables équipées d'un respirateur néonatal et d'une SSPI de 2 places gérée par une IADE en collaboration avec une sage-femme de garde pour ce qui concerne la surveillance obstétricale. Les équipements et dispositifs médicaux permettent de répondre aux besoins quotidiens et en cas d'urgence : centrale de surveillance des enregistrements cardiotocographiques, chariot d'urgence avec défibrillateur, chariot d'anesthésie, chariot d'hémorragie de la délivrance, respirateur « adulte », échographe.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patientes et de leur nouveau-né.

L'accueil et le circuit des patientes respectent le parcours organisé via une entrée et un ascenseur dédiés (accueil commun pour les urgences gynécologiques et obstétricales) en respectant le principe de la marche en avant depuis les consultations jusqu'au bloc.

Les sages-femmes ont accès en temps réel au suivi de la grossesse réalisé par les obstétriciens et sages-femmes de consultation. Sauf exception rare, la totalité des patientes sont suivies à l'Hôpital et sont donc connues avant leur admission pour l'accouchement. Un passeport de naissance est remis à chaque parturiente, il centralise l'ensemble des informations utiles. Les consultations pré-anesthésiques sont réalisées dans l'établissement et sont archivées avec le dossier obstétrical au sein du secteur.

Le dossier visualisé est un dossier papier complet comportant la consultation d'anesthésie, les résultats biologiques et échographiques, le suivi clinique de la grossesse et du déroulement de l'accouchement, la surveillance néonatale et la surveillance post accouchement de la patiente.

En cas de césarienne en urgence, le numéro d'appel unique permet de joindre l'obstétricien, l'anesthésiste, le pédiatre, l'IADE, l'IBODE dédiée de jour et à l'avenir celle d'astreinte. La check list césarienne est mise en œuvre. La vérification de l'identité de la patiente est réalisée dès l'admission, la patiente et le nouveau-né sont porteurs d'un bracelet.

La prise en charge médicamenteuse est sécurisée, les stupéfiants sont stockés dans un coffre situé dans une armoire également sécurisée, ils sont contrôlés régulièrement par les sages-femmes du secteur. La gestion des approvisionnements est réalisée selon le système plein/vide.

Des actions de bientraitance sont déployées : accueil de l'accompagnant, lutte contre la douleur (taux d'analgésie péridurale : 88%), réalisation du peau à peau avec le nouveau-né et mise au sein précoce.

La traçabilité des actions et surveillances réalisées est effective concernant la prise en charge de la patiente et du nouveau-né. Les opérations de vérifications et de contrôle sont tracées concernant le chariot d'hémorragie de la délivrance, le chariot d'urgence et les péremptions médicamenteuses. Toutefois, cette traçabilité n'est pas réalisée de manière exhaustive concernant l'ouverture des salles de naissance et les tables de réanimation. En effet, il n'existe pas de trace de l'ouverture des salles de naissance et la vérification des tables de réanimation reste très partielle car seule l'identité de la personne qui a effectué le contrôle est notée. Il n'est pas retrouvé de check-list détaillant tous les éléments à vérifier ni de précision des éventuelles non conformités et des actions conduites. Un défaut de traçabilité des actes et surveillance a été mis en évidence lors de la précédente visite dans ce secteur.

Les comptes rendus d'accouchement sont intégrés dans un logiciel métier et alimentent la fiche de liaison à la sortie.

Les interfaces entre le secteur naissance et les autres services de l'établissement sont effectives. Le secteur est en outre représenté au sein du comité Sécurité Qualité des Soins et de la CME. Un ingénieur qualité est attaché au pôle permettant d'assurer le suivi méthodologique de la démarche qualité et gestion des risques.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est assuré.

De nombreux indicateurs d'activité sont suivis tous les mois : nombre de naissances, taux d'extraction instrumentale, de césariennes (en cours de travail et en dehors du travail), d'anesthésie péridurale, d'épisiotomies, de déchirures obstétricales, de mutations néonatales.

Un suivi du nombre de déclarations d'évènements indésirables mensuels, des doléances et éloges est assuré en lien avec la CDU.

L'EOH assure le suivi des indicateurs hygiène : taux d'infections, taux d'incidence des patients infectés, taux d'ISO des patientes césarisées, surveillance environnementale.

Un audit aboutissant à un accompagnement à la démarche de sécurisation du secteur naissance a été réalisé par un cabinet conseil extérieur à l'établissement. Le retour d'expérience du terrain quant à la mise en œuvre des actions de sécurisation du secteur naissance est en place. Par ailleurs, des RMM sont mutualisées avec le CH de Rochefort.

Plusieurs EPP sont en cours, elles portent en particulier sur l'évaluation du taux de remplissage de la check list césarienne, la traçabilité des diverses opérations de contrôles au sein du secteur.

La satisfaction des patientes est évaluée aux urgences gynéco-obstétricales et en fin de séjour.

## A / AGIR

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

Le plan d'actions prioritaires du compte qualité a été mis en œuvre pour la grande majorité des actions et est en cours de déploiement pour les actions restantes. Il intègre le plan d'actions défini suite à la précédente visite V2014. En effet, l'organisation du secteur naissance a été réactualisée et formalisée dans la charte. La sécurisation du secteur et notamment des césariennes en urgence a été améliorée par la mise à disposition d'un numéro d'appel unique et le recrutement de 1,7 équivalent temps plein d'infirmière de bloc opératoire (avec effectivité de réalisation au 17/05/2021). Au travers de ces actions, l'objectif de la direction vise en particulier à améliorer la coordination des différentes catégories professionnelles intervenant dans ce secteur à risques. Le retour d'expérience impliquant les acteurs de terrain cible la pérennisation de la démarche.

Les résultats d'évaluation sont communiqués aux usagers selon le dispositif d'affichage obligatoire. En interne, la communication est réalisée à l'occasion des réunions de service, des staffs et par le document institutionnel « flash info ».