



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
ANTOINE BENEDETTI**

Centre hospitalier de sartene  
Route de grossa - bp 141  
20100 Sartene  
NOVEMBRE 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>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
PARCOURS DU PATIENT	16

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI	
Adresse	Centre hospitalier de sartene 20100 Sartene
Département / région	CORSE-DU-SUD / CORSE
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	2B0005458	GCS SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL DE SANTÉ CORSE SIRSCO	Centre hospitalier de bastia Bp680 20604 BASTIA
Entité juridique	2A0002606	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene
Etablissement de santé	2A0002614	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene
Etablissement de santé	2A0002622	CENTRE HOSPITALIER ANTOINE BENEDETTI - SLD	Centre hospitalier de sartene Route de grossa - bp 141 20100 Sartene

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/
MCO	Médecine	5	3156
SLD	SLD	30	/
SSR	SSR	5	/

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

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"><li>- Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)</li><li>- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)</li><li>- Coopération Public-Privé avec la clinique de Porto-Vecchio</li></ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Reserves

Management de la qualité et des risques  
Parcours du patient

### Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

### Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux  
Droits des patients  
Prise en charge de la douleur  
Dossier patient  
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

Recommandation d'amélioration émise en raison de la participation partielle de l'établissement au recueil des indicateurs généralisés de la HAS.

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
<b>PRISE EN CHARGE</b>
Parcours du patient
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>

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

## **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 dernier projet d'établissement couvre la période 2011-2015, depuis cette date le projet d'établissement n'a pas été formalisé. L'établissement indique que le projet 2021–2025 est en cours de rédaction par un cabinet extérieur et ce sans apporter d'éléments factuels. Une note d'orientation stratégique a été rédigée en 2020.

La politique qualité et gestion des risques a été mise à jour en janvier 2021, celle-ci doit bénéficier d'une nouvelle révision pour intégration au projet d'établissement et ce afin de tenir compte de nouvelles orientations stratégiques. La procédure de management par la qualité et la gestion des risques a été révisée le 17 juin 2021 et prévoit le détail du processus d'élaboration : le qui fait quoi pour élaborer la politique qualité et sécurité des soins : les étapes, l'élaboration, la rédaction, la préparation, quelle instance émet un avis, qui est informé, qui décide, qui met en œuvre est mentionné page 6 : par les responsables, par les instances, par le comité de pilotage qualité Gestion des Risques.

Toutefois, les instances stratégiques n'ont pas statué sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La traçabilité de validation ou de présentation de cette politique par l'instance délibérant n'a pas été retrouvée dans les documents remis. Le Président de CME, n'est pas signataire de cette politique (présent en cours de visite a pris ses fonctions en janvier 2021 et, chargé conjointement avec le Directeur de l'établissement, de la politique qualité ainsi que de son suivi). La politique qualité gestion des risques n'est pas abordée et suivie dans le cadre de la CDU. Cette absence ne permet pas de valider la mise à jour de l'identification des risques propres à l'établissement. Seules les signatures du responsable qualité et du Directeur de la structure sont présentes. De plus, la politique d'amélioration de la qualité, gestion des risques et sécurité des soins n'est pas complète et n'est pas déclinée par secteur. Les risques professionnels ne sont pas pris en compte. Il n'est pas fait référence au DUERP. Le plan de communication n'est pas précisé dans le suivi des actions. Certaines réglementations tels que : l'INS (Identité Nationale de Santé), le dépassement de fonction IDE (prescription radio, biologie..), l'autorisation d'ouverture de la PUI en dehors de la présence du pharmacien, etc., n'apparaissent pas.

En absence de politique qualité gestion des risques validée par les instances, il n'est pas possible de valider que les risques en lien avec les activités sont pris en compte, de fait le risque patient est existant, faute d'avoir identifié les risques, l'établissement n'a pas mis en œuvre les mesures de prévention adéquates.

La politique EPP a été mise à jour en juin 2021.

Il existe un programme d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) dans l'établissement. Il est suivi par le responsable qualité et gestion des risques et fait l'objet d'un bilan diffusé dans le réseau commun. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Cependant, le PAQSS n'est pas totalement structuré. Pour l'ensemble des plans d'actions, un ou des pilotes sont nommés ou certaines actions restent sans pilote, un délai de réalisation est parfois fixé. On retrouve des actions sans échéance prévisionnelle, les actions ne présentent aucune modalité de suivi. Certaines actions ne sont pas réalisées plus de deux années après intégration au PAQSS, sans qu'il soit fait état d'explications, par exemple l'audit sur la gestion des excréta était prévu en mars 2019, et est toujours notée "en cours" en juin 2021 de même pour la surveillance et entretien des générateurs d'oxygène, prévue en janvier 2019 et notée "en cours" en juin 2021. De plus, on ne retrouve pas de plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins déployés dans tous les secteurs d'activité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'équipe qualité est composée d'un qualificateur qui est le responsable assurance qualité (RAQ) et le coordonnateur gestion des risques. Une fiche de poste retrace l'ensemble des missions dédiées.

La CDU n'est pas opérationnelle. En effet, la CDU ne s'est pas réunie depuis 2014. Un représentant d'usager a été désigné par l'ARS en février 2021, sans mise en œuvre effective de la CDU depuis cette date. Selon l'établissement, une réunion a eu lieu en 2016 sans compte rendu. L'établissement prévoit la reprise de cette instance en septembre 2021. Ce dysfonctionnement a été constaté lors de la précédente visite de certification.

Il n'existe pas de pilotage par les instances. En effet, les réunions ne sont pas effectives, ces dernières datent de 2019 pour le CLIN, le COMEDIMS et le CLAN et de 2018 pour le CLUD et la CIV. Ceci ne permet pas la soumission et la validation du programme d'actions qualité aux instances. En date du 15 juin 2021, le Directeur du Centre Hospitalier a validé la composition des instances : CIV, CLIN-EOH, CLUD, COMEDIMS, CLAN. L'objectif étant la reprise de ces instances en septembre 2021. Le comité Qualité Risques développement durable (pilotage mentionné dans la politique) ne s'est jamais réuni, ce qui ne

permet pas de centralisation et déploiement de la démarche dans les services.

Les missions ne sont pas toutes définies mais chacun sait ce qu'il doit faire. Les interfaces reposent sur des efforts individuels.

Le système des plaintes et réclamations n'est pas organisé. Il n'est pas articulé avec le dispositif des événements indésirables. On ne retrouve pas dans les EI, les réclamations patients ni orales ni écrites. La procédure de gestion des plaintes et réclamations, qui date de 2010, n'est pas accessible en gestion documentaire partagée. Ni les professionnels ni la CDU ne sont impliqués dans la gestion des plaintes et réclamations.

La procédure de déclaration des EI a été révisée en juin 2021. En ce qui concerne l'HAD, une fiche de signalement spécifique est mise en place.

La coordination entre les vigilances, la veille sanitaire et la gestion de la qualité et des risques n'est pas organisée. Les vigilances ne sont pas opérationnelles 24/24 – 7/7. L'organigramme des vigilances n'a pas été réalisé avec identification des personnes en charge. La procédure de traitement des signalements internes des événements indésirables datant de juin 2021 précise les vigilances (cosméto vigilance, cybersécurité, hémovigilance, matériovigilance, pharmaco vigilance, radio vigilance, réactovigilance, infectio vigilance, tatouvigilance, toxicovigilance, etc.) mais n'identifie pas la personne en charge, ni la fonction. Les fiches de mission pour les référents des vigilances ne sont pas établies. Il n'existe pas de référents. Selon l'établissement, deux vigilances sont attribuées : la pharmacovigilance par le pharmacien et la matériovigilance par la cadre supérieur de santé. Toutefois, le pharmacien ne dispose pas de fiche de missions précisant ses responsabilités, aucun documents de type pharmacovigilance ascendante/descendante 24/24 et 7/7 n'existe. Le fax de pharmacovigilance est situé dans la PUI, ce qui ne permet pas une prise en compte immédiate en cas d'absence du pharmacien.

L'organisation destinée à faire face aux situations de crise n'est pas définie et n'est pas diffusée aux professionnels concernés. Les procédures d'alerte pour les situations de crise ne sont pas opérationnelles. Le plan blanc n'a pas été mis à jour depuis 2001. Il fait référence au plan rouge de la Préfecture de Corse de 1999. L'établissement a identifié ce dysfonctionnement, la mise à jour du plan blanc figure comme action dans le compte qualité de 2014 ainsi que dans le dernier compte qualité de janvier 2021, en état "non initié ". Au moment de la visite, la mise à jour n'a pas été initiée malgré des changements organisationnels, le plan de 2001 est présenté. De fait, le personnel n'a pas bénéficié de formation ou exercice au plan blanc.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne sont pas mis en œuvre dans les secteurs d'activité. Au cours de la visite de suivi, aucun programme d'audit n'a été communiqué, les EPP n'ont pas été définies et les précédentes EPP ne sont plus mises en œuvre. Les professionnels ne participent pas pour une grande partie d'entre eux à des actions d'amélioration. En effet, les professionnels ne sont pas tous informés sur la mise en œuvre et l'efficacité des actions d'amélioration. Un dispositif d'information et d'appropriation des professionnels n'est pas systématiquement en place et reste à développer (pas de diffusion des compte rendus d'instance lorsqu'elles se réunissent, gestion documentaire non à jour... ). Par ailleurs, il n'y a pas d'indicateurs qualité par secteur d'activité ce qui ne permet pas de restituer des résultats aux professionnels et donc de les impliquer. Ces dysfonctionnements ont été signalés lors de la précédente visite de certification. De plus, le PAQSS présenté en visite ne tient pas compte des risques a priori, de la politique de lutte contre les infections associées aux soins, des vigilances, de la conformité à la réglementation, des risques récurrents. Il ne reprend pas non plus les écarts identifiés lors de la présente visite de certification, ce qui n'a pas permis de suivi de ces actions.

Les professionnels savent signaler les événements indésirables et connaissent le circuit des fiches et leur traitement. 12 événements indésirables ont été déclarés en 6 mois. Toutefois, l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves n'est pas réalisée en associant les acteurs concernés. Au moment de la visite de suivi, l'établissement ne procède pas à l'analyse des EIG (Événement Indésirable Grave). Une liste des événements indésirables a été communiquée, mais elle ne reprend pas les EIG. Cette liste d'EI, n'indique pas le suivi des EI déclarés par le personnel, seule la mention "Fait" y figure. Depuis 2019, aucune REMED n'a été organisée sur le circuit du médicament et ce malgré le constat fait par l'établissement de dysfonctionnement grave. Pour exemple, dans un compte rendu de CME de mars 2019, il est fait état d'un dysfonctionnement de prise en charge patient (défaut d'injection d'insuline), aucune analyse des causes profondes n'a été réalisée. Dans un compte rendu de CME d'avril 2020, une prise en charge médicale en soins palliatifs a interrogé l'équipe médicale, l'établissement ne s'est pas approprié cette question dans le cadre d'analyse RMM et ce bien que l'établissement déclare avoir effectué une

déclaration à l'ARS dans le cadre des EIGS. Des projets d'analyse sont programmés en CREX en septembre 2021.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les visites de terrains ont permis de constater que les locaux sont conformes et adaptés à la prise en charge. Les ressources matérielles sont disponibles.

Il existe un logiciel de gestion des événements indésirables récemment mis en service, au sein de l'établissement, disponible et connu des professionnels mais peu utilisé.

Un système de gestion documentaire est mis en œuvre sous format informatique accessible en réseau, un projet de logiciel GED est en cours. Mais, ce système de gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel. Des procédures sont disponibles pour certaines sur l'intranet de l'établissement, l'accès est connu des professionnels sans pour autant être utilisée. Les procédures ne sont pas toutes établies et formalisées. Les connaissances sont transmises oralement. De plus, le système de mise à jour des documents n'est pas suivi. Le circuit de la GED date de 2002, sans mise à jour depuis cette date, sans évaluation. Cette procédure n'inclut pas la périodicité de révision des protocoles. Certains documents comme les procédures, protocoles et modes opératoires ne sont ni actualisés, ni datés, tel que le document portant sur les soins de prévention d'escarre datant de février 2003, n'a bénéficié d'aucune mise à jour alors que cette thématique avait été identifiée en écart à la précédente certification. Dans les services, on trouve des documents non validés, non référencés ou issus directement d'internet. La gestion documentaire ne prend pas en compte les réglementations en vigueur. Les professionnels n'ayant pas accès à des référentiels de bonnes pratiques ou à des procédures répondant à la réglementation en vigueur peut entraîner un risque pour les patients pris en charge en cas de non respect de ces recommandations professionnelles. Le logiciel de gestion documentaire n'intègre pas tous les comptes-rendus des instances, ni le plan de 2001 ou le manuel qualité en service de radiologie conventionnelle. Ce point de dysfonctionnement concernant la gestion documentaire a été identifié en écart lors de la précédente visite HAS. Cette situation est donc connue de l'établissement. Ce point figure dans le plan d'actions du processus, la mise en place d'une GED informatisée est envisagée avec un circuit de validation.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La procédure de management par la qualité n'est pas mise en œuvre. En effet, les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne sont pas mis en œuvre dans les secteurs d'activité. La mise en œuvre se fait au cas par cas sans articulation des actions. La traçabilité n'est pas structurée. Les secteurs d'activité de soins ne mettent pas totalement en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité : peu de signalement des événements indésirables, peu de consultation de la gestion documentaire, peu de recueil de la satisfaction des usagers, pas de prise en compte des réclamations orales, prise en compte des réclamations écrites par le Directeur. Les EPP ne sont plus suivies, au moment de la visite. Mais une note de service a été envoyé en juin 2021 au personnel pour lancer un appel à candidature sur les avis EPP.

Les plaintes et les réclamations sont traitées ainsi que les demandes d'accès aux dossiers médicaux des patients et de leurs ayant droits. Leur prise en charge et traitement sont effectués par le directeur de l'établissement en lien avec son secrétariat.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les IQSS en HAD sont recueillis. L'établissement n'est pas soumis au recueil des IQSS en médecine. L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des analyses du questionnaire de sortie mis en place depuis janvier 2021, par la cadre supérieure de santé. Quelques retours ont eu lieu, sans analyse au moment de la visite.

L'évaluation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est prévue dans le manuel qualité de l'organisation générale de la qualité et de la gestion des risques. Pour autant, le dispositif d'évaluation de l'ensemble du processus et de la démarche qualité et gestion des risques n'est pas structuré. L'évaluation est informelle et/ou ponctuelle. Il n'existe pas de système de suivi formalisé. Il n'existe pas de programme d'audits au niveau institutionnel reprenant les besoins des services et de toutes les instances. Les indicateurs de suivi internes ne sont pas identifiés dans la politique qualité ou dans la procédure de management par la qualité et la gestion des risques, de fait l'exploitation par les instances pour procéder aux réajustements nécessaires n'est pas prévu. Le dispositif de gestion documentaire n'est pas évalué. Le CLIN, le CLAN, les CREX, les RMM, le CGRASS, la CME, etc. ne produisent pas de bilan. Il n'y a pas d'audits de dossier organisé régulièrement.

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

Les actions d'amélioration ne relèvent pas d'un dispositif institutionnel structuré. Il n'existe pas de plan de communication des actions d'amélioration. L'établissement ne met pas en œuvre de communication ni auprès des professionnels, ni auprès des instances. La communication du PAQSS est faite uniquement par intégration sur réseau commun, aucune autre information n'est organisée et aucune traçabilité de lecture n'est assurée. L'établissement ne rend pas compte de ses démarches d'EPP devant les instances. Au moment de la visite aucune EPP n'était suivie. Le bilan des EPP abandonnées n'a pas été fourni.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. Le PAQSS n'est pas réajusté en fonction des évaluations. Il existe de très rares évaluations qui ne sont pas formalisées et qui ne bénéficient pas d'une analyse de leur efficacité. Il n'y a pas de suivi des actions à périodicité définie. Le fonctionnement des instances n'est pas évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions...). De fait, aucun bilan n'est réalisé et ce sur l'ensemble des aspects de la démarche qualité, gestion des risques.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

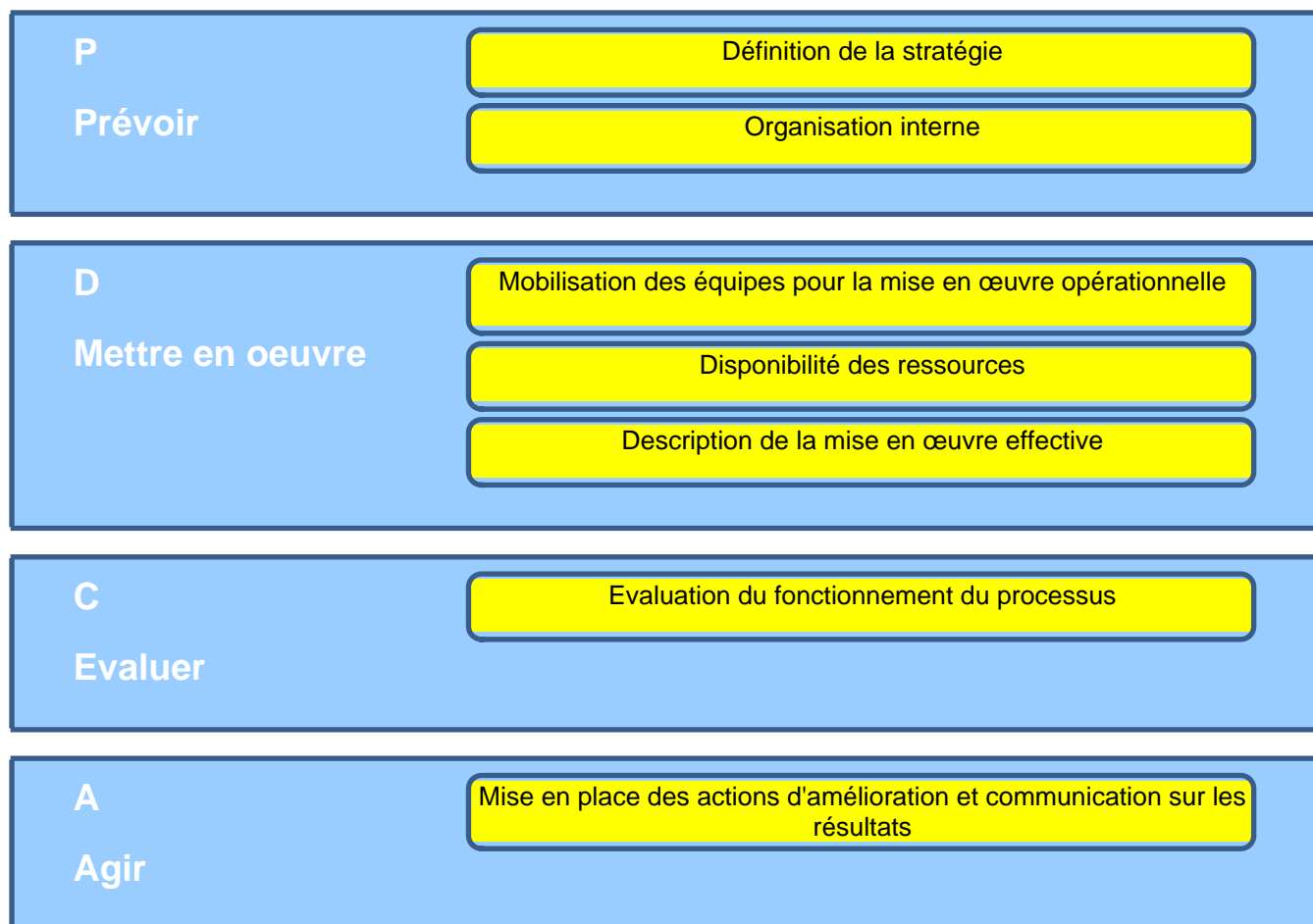
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier (CH) de Sartène est un hôpital de proximité. Il est implanté dans le sud de la Corse et est situé à environ 70 km du CH d'Ajaccio, qui est l'hôpital recours dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Corse du Sud. Il dispose d'autorisations pour cinq lits de médecine, cinq lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont deux sont des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) ainsi que de trente lits de Soins de Longue Durée (USLD), et de 25 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Il assure également le fonctionnement d'une unité d'Accueil Médical Non Programmé (AMNP) et d'une Equipe Pluridisciplinaire de Coordination en soins palliatifs et Douleurs (EPCSPD). Au rez-de-chaussée du bâtiment principal on trouve l'accueil, l'AMNP, les locaux administratifs, les locaux de l'HAD et le Plateau Technique de Rééducation (PTR). Dans les locaux de l'AMNP, on trouve un laboratoire d'analyse médicale délocalisé et un service de radiologie conventionnelle. A l'étage sont situés les services de médecine / SSR et d'USLD. Le CHS est équipé d'une hélisurface.

Dans sa politique qualité, le CH de Sartène s'engage à « garantir la continuité des soins », à « lutter contre la douleur », à « organiser la pluridisciplinarité autour du patient », et à « garantir l'excellence des soins médicaux et paramédicaux ». Le programme qualité s'articule autour de certains axes en lien avec la thématique « Parcours patient » comme la prise en charge des urgences et des soins non programmés, la prise en charge de la douleur, l'imagerie et la biologie, la prise en charge des patients en fin de vie. La mise en œuvre de cette politique « parcours du patient » est déclinée en un programme d'actions d'amélioration. Certaines actions sont spécifiques à certains secteurs d'activité, parmi lesquelles on peut citer la mise en œuvre d'échelles d'évaluation de la douleur, la conduite à tenir en cas d'urgence en médecine, SSR et USLD, la mise à disposition de packs d'accouchement à l'unité d'Accueil Médical Non Programmé (AMNP), etc.

S'il existe une politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques datée de janvier 2021, celle-ci n'est cependant pas intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement que ce soit dans le projet d'établissement, le projet médical et projet de soins ou le projet qualité. Le projet d'établissement n'a en effet pas été révisé depuis 2015. On y retrouve donc des informations qui ne correspondent plus aux activités de l'établissement. Par exemple, la demande d'identification de deux lits en soins palliatifs est déjà actée alors qu'elle figure encore dans le projet médical. De ce fait, les nouveaux risques en lien avec cette activité n'ont toujours pas été identifiés ce qui peut impacter la prise en charge des patients. La même remarque peut s'appliquer à l'ouverture d'une activité d'HAD. L'établissement précise qu'un nouveau projet d'établissement est en cours de rédaction et doit être validé par les instances d'ici la fin de l'année. Il existe une « note stratégique » non validée par les instances, signée du Directeur Général en date du 28/01/2020, qui est le seul document actualisé définissant les orientations ou les stratégies, en matière de développement/consolidation d'activités, ainsi que la structuration et l'organisation des principaux parcours. Quant au CPOM 2013 – 2018, il a été prolongé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Corse, jusqu'à fin 2021.

**ORGANISATION INTERNE**

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation, et elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques du CH de Sartène. Une nouvelle organisation des effectifs paramédicaux basée sur une sectorisation par service a été organisée.

Les besoins en compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé sont identifiés. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés : il existe un plan de formation prévisionnel pour 2021. Ce dernier inclut les formations réglementaires aux gestes et soins d'urgence. Deux infirmières doivent se former aux soins infirmiers d'urgence et un médecin au DU soins palliatifs.

Les effectifs sont organisés en fonction des modifications d'activité de l'établissement. Ainsi en période estivale, il a été constaté une activité de soins pouvant être trois fois supérieure à celle du reste de l'année. Des renforts en infirmières au sein de l'unité d'Accueil Médical Non Programmé (AMNP) sont organisés. Une demande serait en cours auprès de l'ARS de Corse afin d'obtenir un poste médical supplémentaire dans ce service, mais aucun élément de preuve de cette démarche n'a été apporté par l'établissement.

Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés. Un nouveau portail internet a été créé. Un logiciel de déclaration des événements indésirables ainsi qu'un logiciel dédié à l'unité d'AMNP ont été acquis.

La fonction transport des patients est organisée.

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

qualité du parcours du patient, notamment entre les différents secteurs d'activité : transferts AMNP / Médecine, Médecine / SSR, SSR / USLD..., ou entre les différents acteurs (médecins, assistante des services sociaux, diététicienne, kinésithérapeutes...). Il existe une Commission d'admission qui se réunit à un rythme hebdomadaire, ainsi que des réunions pluri-professionnelles hebdomadaires en Médecine, SSR et en USLD.

L'établissement a également signé des conventions avec ses partenaires extérieurs : convention de fonctionnement de l'antenne SMUR de Sartène avec le CH d'Ajaccio, convention avec le laboratoire d'analyse médicale de Porto Vecchio chargé du traitement des prélèvements biologiques du CH de Sartène et du fonctionnement du laboratoire délocalisé, convention avec un prestataire de télé-radiologie pour le fonctionnement de la radiologie et conventions avec différentes EHPAD.

Cependant, il n'y a pas d'organisation, ni de pilote identifié pour piloter et mettre en œuvre la politique du parcours du patient. Aucun pilote responsable de l'élaboration, de l'évaluation et du suivi de la thématique « Parcours patient » n'était identifié et présent au moment de la visite de suivi. En l'absence de pilote, il existe des initiatives d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) concernant la prise en charge de la douleur, mais elles ne sont pas inscrites au programme des EPP de l'établissement et ne sont donc pas suivies au niveau institutionnel (avancement et impact de ces démarches). De même, il n'y a pas de suivi des tableaux de bord des indicateurs d'activité (séjours longs, réhospitalisations), ni de Qualité (IQSS) adaptés à la conduite du projet d'établissement.

Les besoins et risques spécifiques ne sont pas identifiés ni formalisés, notamment concernant les soins palliatifs ou l'unité d'AMNP. Les besoins en procédures ne sont pas identifiés, par exemple pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Celles qui existent ne sont pas toutes formalisées, ni intégrées au dispositif de gestion documentaire (GED) : pas de procédure sur la gestion du chariot d'urgence, pas de procédure concernant le risque suicidaire, pas de procédures spécifiques en lien avec les soins palliatifs. On retrouve une procédure non actualisée sur les escarres datant de 2003 préconisant l'utilisation de produits obsolètes. Les circuits de prise en charge de l'unité d'AMNP ne sont pas définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients : pas de description des filières spécifiques notamment concernant l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, la pédiatrie et l'obstétrique. Il existe des procédures spécifiques de l'AMNP datant de 2014 non révisées, non retrouvées dans la GED.

Les besoins en supports d'information des patients ne sont pas identifiés : pas de livret d'accueil hormis pour l'HAD, pas de programmes d'éducation thérapeutique, pas de supports d'information des usagers.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Le management des secteurs d'activité n'intègre pas les enjeux liés à la politique du parcours patient. La politique du parcours patient, sa mise en œuvre et son évolution ne sont pas communiqués auprès des équipes. La démarche d'amélioration au sein des secteurs visités (MCO/SSR, USLD, ASNP) n'est pas impulsé par le management. La conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles) n'est pas assurée. L'encadrement de proximité des différents services ne dispose pas des outils permettant cette appropriation de la démarche d'amélioration de la thématique : absence d'identification des risques en lien avec les orientations de l'établissement ou avec les spécificités des principaux parcours (hospitalisations non programmées, soins palliatifs ...), absence de déclinaison de la politique « Parcours patient » en projets de service, en objectifs opérationnels, en indicateurs et en plans d'action dont aucun n'est à disposition des professionnels.

Les équipes ne sont pas impliquées dans les actions d'amélioration. Elles ne connaissent pas les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients car ne sont pas définis au sein des services, ainsi que les mesures à mettre en place pour les atteindre. Les équipes rencontrées ne participent pas à l'élaboration des procédures utiles à leur activité. Il n'a été retrouvé aucun programme de DPC/EPP en cours de réalisation. Elles ne participent pas à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des événements indésirables (EI), événements porteurs de risque (EPR), voire événements indésirables graves (EIG). Aucune Revue de Morbi Mortalité (RMM) n'a été menée dans l'établissement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs d'activité de l'établissement. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge : accueil des urgences non programmées au sein de l'unité d'Accueil Médical Non Programmé (AMNP), soins palliatifs, SSR à orientation gériatrique. La sectorisation des professionnels paramédicaux au sein des services d'hospitalisation est opérationnelle.

Ces effectifs permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés comme en témoigne l'examen des tableaux de garde et d'astreinte des médecins, infirmières et manipulateurs d'électroradiologie.

Des procédures spécifiques au sein de l'AMNP sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. C'est le cas tout particulièrement lorsque le médecin urgentiste est en sortie SMUR. En effet, durant ces périodes parfois d'une durée de plusieurs heures en raison de l'étendue du secteur géographique couverte par le SMUR du CH de Sartène, il n'y a plus de médecin présent dans l'établissement si les médecins des services d'hospitalisation sont absents.

En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées, notamment en période estivale.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite. Des médecins spécialistes viennent consulter au sein de l'établissement : dermatologue, urologue, cardiologue, etc. Les patients dont l'état médical le nécessite sont transférés au CH d'Ajaccio. L'EPCSPD peut également être sollicitée par les services d'hospitalisation.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques. Le service de radiologie conventionnel situé dans l'unité de l'AMNP est opérationnel. Les interprétations médicales radiologiques sont effectuées par télé-radiologie 24 heures sur 24 et 365 jours par an, avec présence sur place d'un manipulateur en électroradiologie. Le logiciel dédié à l'AMNP est également déployé.

Le laboratoire d'analyse médicale est opérationnel au sein de l'AMNP même s'il est installé dans un local non sécurisé dans le couloir d'accès du service, accessible à tous. La maintenance préventive et curatrice est assurée et tracée par le laboratoire d'analyse médicale en convention avec le CH de Sartène. Les résultats sont disponibles sur un logiciel spécifique.

Un logiciel de déclaration des EI est opérationnel depuis un laps de temps bref précédent cette visite, et n'est pas encore totalement approprié par les équipes.

Les professionnels en poste ne sont pas formés à toutes les activités de l'établissement, notamment à la prise en charge des urgences vitales ou à la prise en charge des populations vulnérables. Dans le service d'AMNP, toutes les pathologies peuvent être accueillies notamment de la pédiatrie ou de l'obstétrique. Les personnels de cette unité n'ont pas été formés à ce type de prise en soins. Ceci constitue un risque d'autant plus important que l'infirmière peut être seule au sein de l'établissement en cas de sortie SMUR du médecin urgentiste et d'absence de médecin dans les services d'hospitalisation. Dans le service de médecine et SSR, les quatre infirmières qui avaient été formées aux soins palliatifs n'exercent plus au sein de l'établissement lors de la visite.

Les procédures et autres documents utiles au parcours patient ne sont pas disponibles, accessibles et à jour dans tous les services. Il n'y a pas de moteur de recherche disponible au sein de la GED. Il a été constaté que les procédures et autres documents utiles étaient difficilement accessibles. Tous ne répondent pas au format qualité et certains ne sont pas à jour. Dans le service d'AMNP on retrouve dans un classeur des procédures à destination des infirmières précisant des conduites à tenir selon certaines circonstances cliniques en l'absence du médecin urgentiste. Elles datent de 2014 et n'ont jamais été revues. Elles ne sont pas connues des deux médecins urgentistes rencontrés (dont un présent pour la première fois sur le site). Elles n'ont pas été retrouvées dans la GED. On retrouve également dans tous les services d'hospitalisation des documents recueillis par les équipes de soins sur des moteurs de recherche en lien avec des problématiques de soins qu'elles ont pu rencontrer dans leurs pratiques. Ces documents ne font pas l'objet d'une validation en équipe pluriprofessionnelle, ne sont pas tenus à jour et ne sont pas intégrés dans la GED.

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

Une concertation pluriprofessionnelle au sein des équipes autour de la prise en charge du patient et une collaboration des secteurs d'activité entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient sont en place avec des réunions hebdomadaires en SSR et USLD et quotidiennes en médecine. Les réunions hebdomadaires de la Commission des admissions sont effectives.

L'organisation autour de la prise en charge du patient permet d'assurer la continuité et la coordination des soins. En cas d'admission programmée, une prise en charge du patient est pré-organisée lors des réunions de la commission des admissions. Toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient, les informations médicales et paramédicales relatives à la prise en charge du patient sont actualisées : diététicienne, kinésithérapeutes, infirmières ... Une concertation pluriprofessionnelle a lieu au sein de l'équipe autour de la prise en charge du patient. En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer...), les comptes-rendus d'hospitalisation sont présents dans le dossier informatisé, et celui-ci est disponible pour les intervenants de l'unité d'AMNP.

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet de soins personnalisé sont effectives dans

les différentes unités de soins. L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier. Elle comprend notamment le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels puisque tous les patients hospitalisés sont reçus par la diététicienne qui est présente un jour par semaine, la recherche d'allergies, le recueil de ses besoins, la conclusion de l'évaluation initiale.

Le projet de soins personnalisé/projet thérapeutique est établi en concertation avec les professionnels concernés lors des réunions hebdomadaires. Il est tracé dans le dossier. Il prend en compte la réflexion bénéfico-risque. Il est adapté à la population à laquelle appartient le patient et notamment au fort recrutement gériatrique du CH de Sartène.

L'évaluation continue est tracée dans le dossier, elle évalue l'efficacité du traitement et recherchant d'éventuels effets secondaires, une évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance, ainsi que l'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures. Elle permet l'ajustement du projet personnalisé de soins.

Les demandes d'analyse peuvent être réalisées sur un support papier ou à l'aide du logiciel dédié. Elles sont identifiées, datées et signées. Les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont disponibles sur le logiciel dédié, et sont retrouvés dans le dossier. Le laboratoire délocalisé de l'AMNP est opérationnel et peut être utilisé par l'ensemble des services de l'établissement. Les demandes d'examens radiologiques sont argumentées, identifiées, datées et signées (renseignements cliniques, motif de l'examen). Les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats d'interprétation sont effectués en télé-imagerie et sont retrouvés dans le dossier.

La sortie ou le transfert du patient sont organisés le plus tôt possible après l'admission et planifiés notamment en collaboration avec l'assistante des services sociaux trois journées par semaine. Elle se fait en prenant en compte le point de vue du patient et/ou de son entourage, ce qui est tracé dans le dossier. La sortie ou le transfert est organisé en associant les professionnels d'aval lorsque la situation le nécessite. La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile est anticipée en particulier lors d'un transfert en HAD. La sortie ou le transfert est effectif si le patient est stable et si son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert. Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires du moins selon les pratiques décrites par les médecins intérimaires présents lors de la visite.

En HAD, sur la couverture du dossier patient « domicile » figure la marche à suivre en cas d'urgence vitale. Celle-ci est remise et expliquée au patient et/ou à son entourage.

Cependant, certaines dispositions relatives à la mise en œuvre du parcours patient ne sont pas respectées. C'est le cas notamment pour la prise en charge des urgences vitales, la mise en œuvre de mesures de restriction de liberté, la prise en charge de la douleur, le risque suicidaire ou l'éducation thérapeutique (ETP) des patients.

En effet, le matériel d'urgence vitale opérationnel n'est pas disponible dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose d'un chariot d'urgence vitale pour l'étage d'hospitalisation. Ce dernier est disposé dans un couloir de l'USLD. Il est de ce fait accessible à tous y compris à des patients déambulants, ou à des visiteurs qui peuvent aisément briser les scellés et accéder à son contenu. Un autre chariot est disponible dans le service d'AMNP, présent dans un local non sécurisé (portes équipées de digicode, mais ouvertes lors de la visite). Dans ce chariot, le matériel à visée pédiatrique est mélangé avec le matériel adulte et n'est pas clairement identifié ce qui peut retarder la prise en soin de cette population vulnérable. La traçabilité du contenu de ces chariots est assurée comme le confirme l'examen des fiches de traçabilité. De plus, il existe une procédure de prise en charge des urgences vitales définie au sein de l'établissement mais opérationnelle uniquement pour les secteurs de médecine, SSR et USLD. Ce document sur lequel figure le numéro unique à contacter en cas d'urgence vitale (le 15 en l'occurrence) n'était affiché ni dans le service d'USLD, ni dans le plateau de rééducation qui se situe au rez-de-chaussée. La kinésithérapeute rencontrée ne connaissait pas cette procédure alors qu'elle peut se retrouver seule avec des patients au sein du PTR. Il existe une procédure spécifique de prise en charge des urgences vitales pour le service d'AMNP bien que non conforme aux règles d'une GED, non connue ou non appliquée par les professionnels. En outre, celle-ci portait une correction manuscrite non datée non signée stipulant de contacter le Centre 15 en cas d'urgence vitale au sein de l'AMNP. Cela ne correspond pas aux pratiques des infirmières de cette unité rencontrées lors de la visite, certaines contactant directement le médecin urgentiste en sortie SMUR, d'autres les médecins des étages, d'autres le Centre 15. Il n'a pas été retrouvé de procédure concernant la prise en soins des hémorragies du post-partum alors que des parturientes à terme peuvent se présenter au sein de l'AMNP.

Les équipes ne procèdent pas systématiquement à une réévaluation de la prescription en cas de restriction de liberté. La réflexion bénéfico-risque dans le dossier du patient, l'information du patient et la recherche de son consentement, la concertation avec l'équipe soignante préalables ne sont pas tracées dans le dossier. De ce fait, la balance bénéfico / risque de ces mesures peut être défavorable pour le patient.

L'évaluation et la réévaluation de la douleur n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. Dans les unités d'hospitalisation (médecine / SSR / USLD), on retrouve une évaluation de la douleur avec des outils adaptés intégrés dans le dossier patient informatisé. Cependant, en USLD la réévaluation après administration d'antalgique n'est pas effective. De plus, les prescriptions d'antalgiques en « si besoin » ne correspondent pas aux règles de bonnes pratiques puisqu'il n'est retrouvé que la mention « si douleur », mais pas le niveau de celle-ci nécessitant le déclenchement de l'administration. Ainsi l'antalgie peut être sous-optimale pour les patients.

Les équipes ne mettent pas en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge spécifiques de certains patients liées à leurs pathologies notamment pour ceux présentant un risque suicidaire. L'évaluation des troubles de l'humeur était systématiquement retrouvée. Cependant, les équipes ne disposent pas d'outil permettant l'identification des patients à risque suicidaire. En l'absence de procédure décrivant la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire avéré, la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient n'est pas effective.

Une évaluation des besoins éducatifs du patient, ou réévaluation n'est pas réalisée et aucun programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) n'est proposé. Aucun projet personnalisé éducatif n'est établi car les besoins d'actions éducatives ne sont pas identifiés par les équipes. Il n'y a pas d'actions éducatives ciblées (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes). Les équipes de soins ne connaissent pas de programmes d'ETP autorisés dans d'autres établissements de santé en Corse du Sud. Aucun professionnel n'a été formé à l'ETP. Les patients hospitalisés ne peuvent donc bénéficier d'aucun programme d'ETP.

Certaines règles de bonnes pratiques ne sont pas respectées par les équipes. En effet, aucun document d'information n'est mis à disposition des patients et de leur entourage, hormis pour l'HAD. Le livret d'accueil n'est pas remis au patient et non remis à jour depuis 2 ans, seul le livret d'accueil en HAD est mis à jour et remis aux patients. Il existe des glissements de tâches dans certaines procédures du service d'AMNP (prescription de radiologies, de médicaments par l'IDE en l'absence du médecin urgentiste). Ce point de dysfonctionnement a été signalé lors de la précédente visite de certification.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la qualité et de l'efficacité du parcours patient n'est pas réalisée. En effet, il n'existe pas à l'échelle de l'établissement de structure de pilotage qui assure ce suivi. Il n'est pas retrouvé de recueil ou d'analyse de données et d'évaluations issues des secteurs d'activité concernant notamment la prise en charge des urgences vitales, la prise en charge du risque suicidaire alors même que ces éléments ont été signalés lors de la précédente visite, ou encore les conditions d'accès et la mise en œuvre des programmes d'ETP qui est une priorité de santé publique.

Il n'existe pas de tableau de bord des indicateurs hormis l'évaluation d'IQSS en HAD et en SSR en 2019. Ainsi, l'établissement n'est pas en mesure de suivre régulièrement la progression des indicateurs lui permettant de mesurer l'efficacité du processus au regard de ses objectifs initiaux. Les résultats ne sont pas synthétisés dans un tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration ne sont pas respectés ou le cas échéant, argumentés. C'est le cas par exemple de la convention de coopération de l'antenne SMUR qui stipulait lors de sa signature (date ne figurant pas sur le document fourni) une mise en œuvre de travaux de voirie facilitant l'accès des véhicules spécialisés (ambulances, VSAB, SMUR...) qui n'est toujours pas réalisé au jour de la visite sans aucun élément de suivi défini (pilote, échéances ...). L'ensemble de ces points ne permet pas l'établissement de suivre des actions d'amélioration de la prise en charge des patients.

## A / AGIR

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

L'établissement ne réexamine pas les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. Il n'existe pas de politique EPP. Le volet « Parcours patient » de la politique qualité ne peut être réajusté en raison de l'absence de résultats d'indicateurs et de suivi du plan d'action associé : pas de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints. Il n'existe pas actions d'amélioration programmées ou de mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.

Il n'existe pas de dispositif de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les professionnels ne sont pas informés des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement ou des résultats obtenus par exemple concernant les points d'amélioration de la précédente visite de certification. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés ne sont pas diffusés aux professionnels concernés par exemple suivi des IQSS en HAD et en SSR réalisés en 2019. Il n'existe aucun temps collectif prévus pour échanger sur les résultats.